



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
Phichit Public Health Office

# วารสารวิจัยและวิชาการ สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567

Vol. 5 No. 1 January - June 2024

ISSN 2697-6625

## นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Article

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน  
ดร.ณิ มั่นใจวงศ์ พย.บ.
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร  
จุฑาทิพย์ อินทรสุด ส.บ.
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร  
นภัสสรณ์ พุ่มพิศ ส.ม.
4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองพยอมอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร  
พิชญ์ พิมพ์เมือง ส.บ. , นพมาศ ช้างเดชา พย.บ. , หฤธรรม์ พิมพ์เมือง พย.บ.
5. ประสิทธิภาพจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในโรงพยาบาลบางมูลนาก จ.พิจิตร  
พญ.ชุตินา ศุภโชคชัยวัฒนา พ.บ.



วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
Phichit Public Health Research and Academic Journal



# วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## Phichit Public Health Research and Academic Journal

เจ้าของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ
3. เพื่อพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการ

### ที่ปรึกษา

นายแพทย์วิศิษฐ์ อภิสิริวิทยา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
นายแพทย์โชติ ภาวศุทธิกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร

### บรรณาธิการบริหาร

นายแพทย์พนม ปทุมสูติ นายแพทย์เชี่ยวชาญ  
แพทย์หญิงผกามาศ เพชรพงศ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ  
นายจิรยุทธ์ คงนุ่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ  
นายสมจินต์ มากพา เกษีกรชำนาญการพิเศษ

### บรรณาธิการ

ดร.ธานี โชติภักคาม

### รองบรรณาธิการ

นายสมศักดิ์ ผลประเสริฐศรี นางอัจฉนา เจศรีชัย

### กองบรรณาธิการ (วิชาการ)

นางอัจฉนา เจศรีชัย นางภฤดา แสงสินคร นางสาวชุตติมา อินหัน  
นางมยุรี เข้มทอง นางต้นหยง เอี่ยมพร นางสาวนันทวัน วงษ์เงิน

### ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

แพทย์หญิงผกามาศ เพชรพงศ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
ดร.ธานี โชติภักคาม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร  
นายแพทย์สมบูรณ์ จินาพงษา โรงพยาบาลพิจิตร  
แพทย์หญิงนงลักษณ์ บุตรดี โรงพยาบาลพิจิตร  
ทันตแพทย์หญิงสมร บุญเกษม โรงพยาบาลพิจิตร  
นายแพทย์ประทีป จันทร์สิงห์ โรงพยาบาลบางมูลนาก  
รศ.ดร.สันติสิทธิ์ เขียวเขิน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม  
ผศ.ดร.ภญ.วฐุ พรหมพิทยารัตน์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก
ผศ.ดร.ธัญช กนกเทศ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ปทุมธานี
ผศ.ดร.ณัฐกฤษฏ์ ธรรมกวีวงศ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏ ลำปาง
ผศ.สมบัติ รียาพันธ์	คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
ดร.รุ่งทิวา มโนวิชิตสรณ์	องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร
ดร.รุ่งโรจน์ เจศรีชัย	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ เขต ๔ สระบุรี
ดร.ชัยณรงค์ สังข์จ่าง	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ดร.รัฐคุณานิช กันหลง	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
อาจารย์พรศักดิ์ รัตนพัฒนพงศ์	คณะสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยรามคำแหง

### กองบรรณาธิการ (การจัดการ)

#### 1. ฝ่ายเหรียญก

นายวัชรินทร์ เวชวิทย์กุล      นางกอบแก้ว เรืองธรรม      นางจิตติญากร สิ้นธุรัตน์

#### 2. ฝ่ายประชาสัมพันธ์และเผยแพร่วารสาร

นางมยุรี เข้มทอง      นางสาวสิทธิณี ปฐมกำธร

#### 3. ฝ่ายประสานงานและข้อมูลวารสาร

นางสาวสิทธิณี ปฐมกำธร

### กำหนดออก

ปีละ 2 ครั้ง (ราย 6 เดือน)

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม

### สำนักงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000  
โทร. 0-5699-0354 ถึง 5 ต่อ 133 โทรสาร 0-5699-0353 E-mail: pphj.2020@gmail.com

### ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ :

<http://www.ppho.go.th/webppho>

### พิมพ์ที่

โรงพิมพ์อนันตชัยการพิมพ์ 82/26 ถนนบึงสีไฟ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร 66000  
โทร. 081 675 9045

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง และกองบรรณาธิการ ขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้



## สาส์นจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



### สวัสดีครับ พี่น้องชาวสาธารณสุขพิจิตรทุกท่าน

ปีงบประมาณ 2567 เข้าสู่ไตรมาสที่ 4 แล้ว เป็นช่วงเวลาของการสรุปผลการดำเนินงานตามนโยบายทั้งในระดับกระทรวงสาธารณสุข ระดับเขตสุขภาพที่ 3 และนโยบายของสาธารณสุขพิจิตร ซึ่งมีผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดพิจิตร โดยนโยบายของสาธารณสุขพิจิตร ทั้ง 6 ประเด็น ได้แก่ พิจิตรรอบรู้ รู้ลึกประชาชนมีความรู้ในโรคที่สำคัญ เช่น STROKE, STEMI และ CA เป็นต้น และเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉิน การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น รู้จริง ส่งเสริมความรู้และการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน การสื่อสารรอบด้าน Health literacy ทีม Care D+ จัดการความเสี่ยง

และเรื่องร้องเรียน และพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลประชาชน พิจิตรแข็งแรง ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกกลุ่มวัย และการดูแลกลุ่มเปราะบางผู้ด้อยโอกาส พระภิกษุสงฆ์อย่างเป็นระบบ ทั้งถึงและเท่าเทียม พัฒนาระบบการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงความเท่าเทียมในการเข้าถึงยา พิจิตรก้าวหน้า ดำเนินการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เป็น Smart Hospital สู่วิทยาลัยในฝัน และพัฒนาระบบบริการ One province one hospital พิจิตรมั่นคง มีความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข จัดระบบเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อม เหมือนแร่ โรงงานอุตสาหกรรม ส่งเสริมการมีสุขภาพจิตดี มีความสุข และมุ่งมั่นในการแก้ไข ขขจัดภัยยาเสพติด พิจิตรมั่นคง มีการเพิ่มมูลค่าและส่งเสริมการผลิต-ใช้-บำบัด-นวดสมุนไพร สนับสนุนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้มาตรฐาน พัฒนาระบบคุณภาพอาหารปลอดภัยของจังหวัด ให้ผักปลอดภัยพิษจากชุมชน เป็นวัตถุดิบหลักในโรงพยาบาลมากขึ้น รวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง เพื่อไม่ให้เกิดวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ และพิจิตรสร้างสุข บุคลากรมีความก้าวหน้าในทุกระดับ มีทีม Care D+ มีการบริหารจัดการด้วยธรรมาภิบาล โปร่งใส เป็นธรรม ตรวจสอบได้ พัฒนาให้เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด ที่กล่าวมาเป็นผลการดำเนินงานที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของพวกเรา บุคลากรสาธารณสุขพิจิตรทุกคน ผมขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมคิด ร่วมทำและร่วมพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดพิจิตรไปด้วยกัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนชาวจังหวัดพิจิตรครับ

วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ที่ท่านอ่านอยู่ขณะนี้เข้าสู่ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (มกราคม - มิถุนายน 2567) เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริม สนับสนุนความก้าวหน้าของบุคลากรสาธารณสุข มุ่งหวังให้วารสารฉบับนี้เป็นพื้นที่การเรียนรู้ และรวบรวมองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ผมขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารที่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการเสนอแนะให้ผลงานวิชาการที่ดีมีมาตรฐาน และขอขอบคุณกองบรรณาธิการทุกคนที่มีส่วนร่วมในการจัดทำวารสารฉบับนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสาระที่น่าเสนอสามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาตน พัฒนางาน และพัฒนาองค์กรสาธารณสุขพิจิตรต่อไป

นายวิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## บรรณาธิการแถลง



วารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัด พิจิตร” ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2567 ได้คัดเลือกผลงานทางวิชาการที่มีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการ และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ จำนวน 5 เรื่อง ได้แก่ 1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาบ

อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของ โรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร 4) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองพยอมอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร และ 5) ประสิทธิภาพจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในโรงพยาบาลบางมูลนาก จ.พิจิตร

ในนามของกองบรรณาธิการวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ขอขอบคุณผู้ส่งบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ในการสละเวลาอ่าน และพิจารณาให้ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงแก้ไขบทความเพื่อความสมบูรณ์ของบทความ ซึ่งรายละเอียดของเนื้อหาผู้อ่านสามารถอ่านหรือสืบค้นได้จากวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” ทั้งในส่วนที่เป็นฉบับรูปเล่มนี้ และจากเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ซึ่งกองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความสนใจและความร่วมมือจากทุกท่านสืบไป

(ดร.ธานี โชติกคาม)  
บรรณาธิการ



# วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

## Phichit Public Health Research and Academic Journal

ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2567

Vol. 5 No. 1 January – June 2024

### สารบัญ

หน้า

สารบัญจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บรรณาธิการแถลง

#### นิพนธ์ต้นฉบับ : Original Articles

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน  
ดร.ณิ มั่นใจวงศ์ พย.บ. 1 - 15
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร  
จุฑาทิพย์ อินทรสุด ส.บ. 16 - 26
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร  
นภัตสรณ์ พุ่มพิศ ส.ม. 27 - 40
4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองพยอมอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร  
พิชญ์ พิมพ์เมือง ส.บ. , นพมาศ ช้างเดชา พย.บ. , หฤหรรษ์ พิมพ์เมือง พย.บ. 41 - 54
5. ประสิทธิภาพจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในโรงพยาบาลบางมูลนาก จ.พิจิตร  
พญ.ชุตินา ศุภโชคชัยวัฒนา พ.บ. 55 - 66

# การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบพอเพียงของผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

## Participation Action Research of the Community on Sufficiency health and quality of life in elderly, Huayyab Health Promotion office Banthi District Lamphun Province

ดร.ณิ มั่นใจวงศ์ พย.บ.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิต ศักยภาพในการดูแลตนเอง พัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานแนวคิดปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนของผู้สูงอายุ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่าง 341 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 129 คน และผู้ดูแล 212 คน เครื่องมือของกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) และ 2) แบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ดูแลใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 3) แบบประเมินความสามารถตนเองในการดูแลผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มผู้สูงอายุ ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ด้านร่างกาย จิตใจ และสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับ ดี ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ค่อนข้างเหมาะสม แต่ยังมีพบปัญหาด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสม

2. กลุ่มผู้ดูแล การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ดูแล ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง การประเมินความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

3. รูปแบบพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ใช้แนวคิดของภาพ “บ้าน” ที่มีสิ่งยึดเหนี่ยวและนำทาง คือ หลักปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 ที่เปรียบเสมือนหน้าจั่วของบ้าน และตัวบ้าน คือ ฐานของความรู้ คู่คุณธรรม โดยผู้สูงอายุเปรียบเสมือนผู้อยู่อาศัยภายในบ้าน ที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่แวดล้อมด้วยสังคมและสิ่งแวดล้อม

4. ผลการประเมินการใช้รูปแบบในภาพรวมผู้สูงอายุ และผู้ดูแลมีความคิดเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียง อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปการสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงกรอบแนวคิดของบ้านอันอบอุ่นเพื่อสร้างสังคมผู้สูงวัยให้มีความรัก การแบ่งปันและความเอื้อเฟื้อเอื้ออารีต่อกันเปรียบเสมือนเพื่อนบ้านที่ดี มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของสังคมและชุมชนร่วมกัน

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต สุขภาพพอเพียง วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุ



## Abstract

The purposes of participation action research were to evaluate quality of life, Self-care potential and develop sufficiency health and quality of life in elderly model under the Sufficiency economy philosophy and community participation of the elderly in Huayyab Health Promotion office Tumbon Huayyab Banthi District Lamphun Province, Situation and problem evaluation consisted of 341 samples that divided into 2 groups (129 elders and 212 caregivers). Instruments for the elderly group were 1) The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) - BREF 2) Self - care Assessment of elderly, the caregivers group used Self-care potential of elderly care. 3) Self-assessment of elderly care. It was found that;

1. Elderly: Quality of life of the elderly was in good level, Physical health, Psychological and Social relationships domain were at moderate level. Environment domain was in good level. Self-Care Potential of the Elderly quite reasonable, but there are also nutritional problems and exercise was not appropriate.

2. Caregivers: Perceived health status of the elderly was at a moderate level. The health problems of the elderly were found to be hypertension. The self-care assessment of the caregivers was moderate.

3. Development of quality of life for the elderly used the idea of a “home” that is anchored and guided by the philosophy of the Sufficiency Economy philosophy of the King Rama IX, as the gable of the house and the home is the base of knowledge of moral merit. The elderly are living in a home that is composed of the body, mind and spirit that surrounds society and the environment.

4. The elderly and caregivers had the same opinion of using the quality-of-life sufficiency model /the scores were in the highest level.

Summarize, the creation and development of the quality of life for the elderly consider the concept of a warm home to create an older society with love, sharing and caring to be a good neighbor to develop the quality of life of society and community together.

**Keywords:** quality of life, sufficient health, participation action research, elderly

## บทนำ

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงมีนโยบายเตรียมความพร้อมรองรับประชากรสูงอายุ หลายหน่วยงานต้นตัวในการเตรียมการที่จะดูแลสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ในทุกๆ ด้าน อีกทั้งความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ทำให้อัตราการเกิดน้อยลง ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น จากที่ประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ : Aged

Society ตั้งแต่ปี 2566 โดยร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เข้าเสื่อม โรคซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตเพียง ขณะที่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ไม่เป็นโรค และมีผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพียงร้อยละ 56 จึงเป็นที่มาของการจัดบริการและทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากขึ้นสอดคล้องกับแผนพัฒนา

ผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2545-2564) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 6 มาตรการ ประกอบด้วย มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเอง เบื้องต้น มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ มาตรการด้านการทำงาน และการหารายได้ของผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เข้าถึงข่าวสารและสื่อ มีมาตรการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย<sup>(1)</sup> เพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างถ้วนหน้า เท่าเทียมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยทีมสหวิชาชีพ ในระดับปฐมภูมิซึ่งจัดบริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตามชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและท้องถิ่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี<sup>(2)</sup>

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นในการแก้ไขปัญหาของชุมชนด้วยตนเองถือว่าเป็นแนวทางการแก้ปัญหาที่ทำให้เกิดความยั่งยืน จึงทำให้การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานมีการผลักดันและบรรจุให้เป็นนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) โดยหลักการสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนประชาชนในหมู่บ้านรู้จักเป็นเจ้าของ และเข้าร่วมช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขทั้งด้าน กำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ โดยประชาชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเองเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหา โดยชุมชนเอง ทั้งที่เป็นความดั้งเดิมในชุมชนหรือเป็นภูมิความรู้ใหม่ๆ ที่เหมาะสมกับชุมชนมีการเรียนรู้เพิ่มเติมในการแก้ปัญหา ทั้งนี้กลวิธีการดำเนินการที่สำคัญที่สุดประการหนึ่ง คือการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขสาธารณสุขเพื่อเกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง<sup>(3)</sup>

“เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นปรัชญาที่ชี้แนะแนวทาง

ในการปฏิบัติตน โดยมีพื้นฐานมาจากวิถีชีวิตดั้งเดิมของสังคมไทย ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม เน้นการยึดหลักทางสายกลางและการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอน โดยมีองค์ประกอบคือ ความพอประมาณ ความมีเหตุผล การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว และต้องอาศัยเงื่อนไขความรู้และเงื่อนไขคุณธรรม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้และเทคโนโลยี ซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ถึงฉบับที่ 11 ได้บัญญัติปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มาเป็นแนวทางในการพัฒนาและบริหารประเทศ<sup>(4)</sup> ควบคู่กับการพัฒนาแบบบูรณาการ ซึ่งมุ่งการพัฒนาที่สมดุล ทั้งด้านตัวคน สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นการเตรียมความพร้อมให้สามารถปรับตัวพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในอนาคตได้<sup>(4)</sup> จากปรัชญาดังกล่าวได้กำหนดวิสัยทัศน์ในแผนไว้ว่า “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” โดยมุ่งหวังให้ประชากรผู้สูงอายุที่มีสถานภาพดี โดยกำหนดให้มีการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงวัยตามแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียง ซึ่งหมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล มีแนวคิดพื้นฐานหลัก 2 ประการ คือ แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และสังคมแห่งสุขภาวะสุขภาพดีเป็นผลดีจากสังคมดีโดยมีครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน จากการบูรณาการแนวคิดสุขภาพกับแนวคิดของหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงยังต้องการการถ่ายทอดและนำไปสู่การปฏิบัติในวิถีชีวิตของชุมชนเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาสังคมไทยโดยยึดหลักพอเพียง

ตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน เป็นตำบลที่มีการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง มีกิจกรรมที่ต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2556 มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 2,118 คน คิดเป็นร้อยละ 27.76 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในส่วนพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ ทั้งหมด 8 หมู่บ้านมีผู้สูงอายุ 1,172 คน คิดเป็น



ร้อยละ 29.76 ของประชากรทั้งหมด จากการคัดกรองสามารถแบ่งผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพพบว่า กลุ่มติดสังคม จำนวน 1,136 คน คิดเป็นร้อยละ 96.07 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 2.99 และกลุ่มติดเตียงจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 0.94<sup>(5)</sup> ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมมีจำนวนมากและเป็นกลุ่มวัยที่มีพลัง (Active Aging) สามารถช่วยเหลือตนเองผู้อื่นและสังคมได้เป็นอย่างดี ต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง ลูกหลานต้องออกไปทำงานต่างจังหวัดมีโอกาสในการเกิดโรคซึมเศร้าได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบจิตใจระดับต่างๆ ทั้งด้านบุคลิกภาพ การเรียนรู้ ความจำ สติปัญญา สมรรถภาพการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้สู่การปฏิบัติ เจตคติ ความสนใจ และคุณค่าด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง<sup>(6)</sup>

การนำระบบสุขภาพพอเพียงและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิดทฤษฎีเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดชฯ มาเป็นกรอบในการพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีชีวิตเป็นสุขต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจ ในการปฏิบัติอย่างจริงจังจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เริ่มต้นตั้งแต่ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลในครอบครัว สังคม ตลอดจนหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน การนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการผสมผสานการค้นหาคำจริงด้วยการวิจัย (research) การปฏิบัติการ (action) ซึ่งหมายถึงกิจกรรมนำสู่การเปลี่ยนแปลงและการมีส่วนร่วม (participation)

ซึ่งจะมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) ในทุกขั้นตอน เริ่มจากตัวของผู้สูงอายุเอง สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้นำในชุมชนเป็นผู้ร่วมกำหนดปัญหาและความต้องการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุเอง ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา แลกเปลี่ยนความเห็นระหว่างกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุปกระบวนการต่างๆ ในการวิจัยในแต่ละขั้นตอน กระบวนการต่างๆ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเรียนรู้ร่วมกันผ่านการวางแผนร่วมกัน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการพร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ ร่วมกับการใช้ภูมิปัญญาและทุนที่มีอยู่สู่การพัฒนาาระบบสุขภาพ พร้อมการน้อมนำแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงลงสู่ชุมชนและท้องถิ่นอย่างได้ผลและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีสุขภาพที่ดีและอยู่ได้อย่างพอเพียง

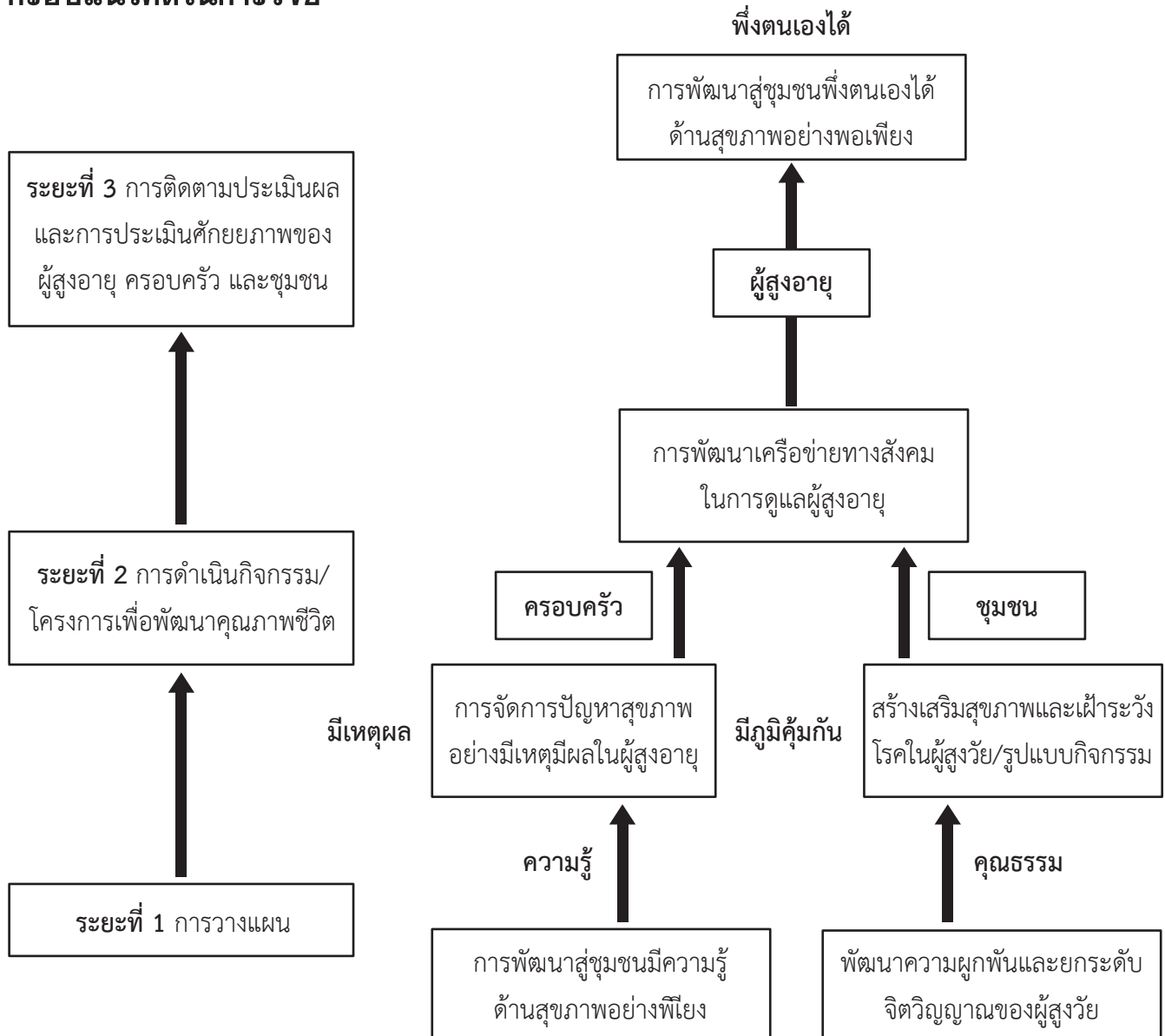
### วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน
2. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตพอเพียงของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน บนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน

### สมมติฐานการวิจัย

แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพอเพียงของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



ตามกรอบแนวคิดของโครงการวิจัย ใช้ทฤษฎีแนวคิด หลักการ ดังนี้

1. แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในองค์ประกอบการสร้างภูมิคุ้มกัน บูรณาการกับการดูแลสุขภาพ
2. การพัฒนาคุณภาพชีวิต
3. การสร้างความมีส่วนร่วม ในกลุ่มผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และชุมชน
4. การสร้างความผูกพัน (engagement)

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมให้ผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม (Participation action research) เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตพอเพียงของผู้สูงอายุ

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน บนพื้นฐานแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะเวลา 6 เดือน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ตามกรอบแนวคิดของ Bessette<sup>(7)</sup> ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการวางแผนและวินิจฉัย (Action planning and diagnosis)

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action taking)

ระยะที่ 3 ระยะการสรุปประเมินผล (Evaluation)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,172 คน 2) กลุ่ม



ผู้ดูแล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่มีอายุ 16 - 59 ปีและ  
 แกนนำที่อาศัยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบล  
 ห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำนวน 2,006 คน  
 กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตาราง  
 การกำหนดกลุ่มตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน ได้ขนาด  
 กลุ่มตัวอย่าง 341 คน แล้วแบ่งตามสัดส่วนจำนวน  
 ประชากรตามกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา ได้จำนวน  
 กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 129 คน และกลุ่มผู้ดูแล จำนวน  
 212 คน จำนวน 8 หมู่บ้าน หลังจากนั้นทำการคัดเลือก  
 อย่างง่ายให้ได้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มารับบริการใน  
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอ  
 บ้านธิ จังหวัดลำพูน

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

กลุ่มผู้สูงอายุ คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง  
 60 ปี ขึ้นไป สามารถสื่อสารได้ดี เคลื่อนไหวร่างกายได้  
 และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี กลุ่มผู้ดูแลเป็นสมาชิก  
 ในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ หรือแกนนำสุขภาพ  
 ในชุมชน และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลา  
 ของการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้

ไม่อยู่ในพื้นที่ขณะเก็บข้อมูล เสียชีวิตหรือย้ายที่อยู่

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### ขั้นตอนที่ 1 ใช้เครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

ฉบับที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุ

- 1) แบบวัดระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ  
(WHOQOL-BREF-THAI)
- 2) แบบประเมินศักยภาพในการดูแลตนเอง  
ของผู้สูงอายุ

ฉบับที่ 2 กลุ่มผู้ดูแล ใช้แบบประเมินศักยภาพใน  
 การดูแลผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

- 1) แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 2) แบบประเมินปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ
- 3) แบบประเมินความสามารถตนเองใน  
 การดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 ใช้เครื่องมือ แบบสอบถามในการ  
 สันทนากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3 แบบประเมินผลการใช้รูปแบบโดย  
 ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content  
 validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน  
 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาและความเหมาะสม  
 ของภาษาที่ใช้โดยหาค่าความสอดคล้องระหว่าง  
 วัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective  
 Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่มีคุณภาพคือข้อที่มี  
 ค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป<sup>(8)</sup> ผู้วิจัยได้นำไปคำนวณหาค่า  
 Average IOC ได้เท่ากับ 0.95 จากนั้นนำแบบสอบถาม  
 ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขต  
 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยไซ ตำบล  
 ห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำนวน 30 คน  
 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษา  
 ที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การวิเคราะห์  
 ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient)  
 ของครอนบาค<sup>(9)</sup> ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง  
 ผูกอบรมเจ้าหน้าที่วิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล  
 โดยดำเนินการติดต่อประสานงานกับชุมชน ผู้นำหรือ  
 แกนนำในชุมชนเพื่อเข้าไปศึกษาและชี้แจงวัตถุประสงค์  
 และรายละเอียดของการสร้างควมมีส่วนร่วมในการวิจัย  
 เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพพอเพียงร่วมกัน นัดหมายวัน เวลา  
 และสถานที่เพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย จัดประชุม  
 ระดมสมองเพื่อสร้างรูปแบบและวางแผนการนำรูปแบบ  
 ไปใช้ มีการจัดบันทึกและรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์  
 และติดตามประเมินผลการใช้รูปแบบประเมินผลและ  
 เขียนรายงานผลการศึกษาวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาแจกแจงความถี่ และหา  
 ค่าร้อยละ



2. คำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุความสามารถของตนเองในการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

### ผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ในการนำเสนอผลการศึกษารวบรวมผู้วิจัยขอเสนอข้อมูล ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย  $68.34 \pm 7.85$  ปี อาชีพเกษตรกร ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ศาสนาพุทธ สถานภาพคู่ลักษณะครอบครัวเดี่ยวรายได้ที่ได้รับต่อเดือนเฉลี่ย  $9,336.66 \pm 4,240.35$  บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย  $15,623.20 \pm 4,142.44$  บาท

ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ มีหนี้สิน สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย  $43.43 \pm 7.14$  ปี อาชีพรับจ้าง ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว รายได้ที่ได้รับต่อเดือนเฉลี่ย  $9,620.16 \pm 3,463.20$  บาท รายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย  $16,254.12 \pm 3,117.27$  บาท ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ สิทธิการรักษาพยาบาลบัตรประกันสุขภาพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย  $7.06 \pm 3.17$  ปี ไม่เคยฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ผลการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน จำแนกรายด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวม ตามเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)

คุณภาพชีวิต N=129	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ระดับไม่ดี		ระดับปานกลาง		ระดับดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	16	12.40	81	62.79	32	24.81
ด้านจิตใจ	12	9.30	89	68.99	28	21.71
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	21	16.28	52	46.31	56	43.41
ด้านสิ่งแวดล้อม	22	17.06	24	18.60	83	64.34
<b>ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>19</b>	<b>14.73</b>	<b>32</b>	<b>24.81</b>	<b>78</b>	<b>60.46</b>

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.46 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.79, 68.99 และ 46.31 ตามลำดับ และด้าน

สิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 64.34

3. ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือแกนนำสุขภาพในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน

ข้อ	ศักยภาพในการดูแลตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1	ปัญหาครอบครัวของท่านที่เป็นปัญหาหนักและยาก ๆ ท่านมักจะให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการแก้ปัญหา	3.32 (ปานกลาง)	0.71
2	ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัวโดยส่วนใหญ่ ท่านจะเป็นผู้จัดการและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหา	3.68 (ดี)	0.48
3	ฉันมีคนที่ใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย	3.66 (ดี)	0.42
4	ฉันรู้สึกว่าฉันมีความสำคัญกับคนรอบข้าง	3.50 (ปานกลาง)	0.66
5	ฉันไม่สามารถพึ่งพาญาติ หรือเพื่อนฝูงได้เมื่อมีปัญหา	3.53 (ปานกลาง)	0.76
6	ในชีวิตฉัน ฉันมีโอกาสที่จะให้ความช่วยเหลือผู้อื่นน้อย	3.46 (ปานกลาง)	0.72
7	ฉันมีเพื่อน/ญาติที่คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	3.42 (ปานกลาง)	0.76
8	เวลาที่ฉันอารมณ์เสีย หรือไม่สบายใจฉันมีคน ที่ฉันสามารถระบายความรู้สึกได้	3.60 (ดี)	0.65
9	ถ้าฉันเจ็บป่วยจะมีคนมาคอยดูแลหรือให้คำแนะนำว่าฉันควรทำอย่างไรจึงจะหาย	3.64 (ดี)	0.54
10	คนในครอบครัวบอกฉันว่า ที่ครอบครัวอยู่ได้ทุกวันนี้เพราะตัวฉัน	3.62 (ดี)	0.52
<b>รวม</b>		<b>3.53 (ปานกลาง)</b>	<b>0.62</b>

ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านบทบาทและความสัมพันธ์ในสังคมในภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ส่วนใหญ่มีศักยภาพในการดูแลตนเองด้านบทบาทความสัมพันธ์ในสังคม อยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีศักยภาพในระดับ ดี 3 ลำดับแรก ในเรื่อง

การเป็นผู้จัดการและเป็นผู้ตัดสินใจในการแก้ปัญหาส่วนใหญ่ของครอบครัว มีคนที่ใกล้ชิดที่ทำให้ฉันรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย และถ้าฉันเจ็บป่วยจะมีคนมาคอยดูแลหรือให้คำแนะนำว่าฉันควรทำอย่างไรจึงจะหาย

4. ผลการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแล เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตพอเพียงตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

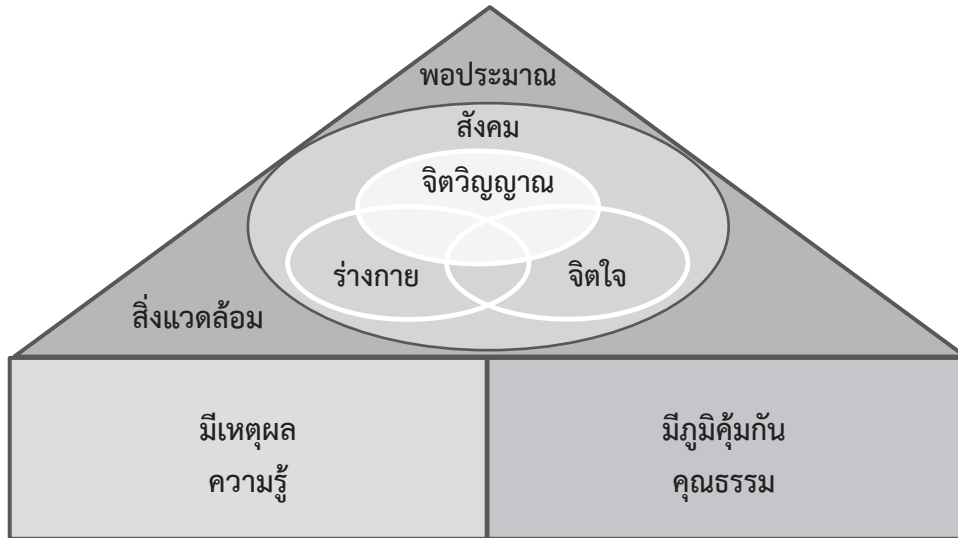
ด้าน	ความพอประมาณ	ความมีเหตุผล	การสร้างภูมิคุ้มกัน
<b>ร่างกาย</b>			
สติปัญญาและการรับรู้	ทำกิจกรรมที่เหมาะสมในการถนอมสายตา และการได้ยิน ฟีกการใช้สมองและความจำ โดยใช้กิจกรรม เกมส์ หรือสนทนาการในกลุ่ม	ประเมินสติปัญญาและการรับรู้ ทั้งด้านการได้ยิน การมองเห็น และความจำอย่างสม่ำเสมอ	สร้างกลุ่ม เครือข่ายช่วยเหลือในกิจกรรมที่เป็น การฝึกสมอง การรับรู้สายตา และการได้ยิน
โภชนาการ	ยึดหลักสายกลาง พอดี ทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เท่านั้น แบ่งปัน ไม่เบียดเบียนใคร สร้างเครือข่ายและร่วมสังคม ชุมชน	เสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารที่เหมาะสม ตรวจสอบภาวะโภชนาการตนเองอย่างสม่ำเสมอ	มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้/ด้านโภชนาการ ให้มีความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหาร

ออกกำลังกาย	ออกกำลังกายและเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง	แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและกิจกรรมที่เหมาะสมกับโรคอย่างสม่ำเสมอ	มีที่ปรึกษาให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม
การรับประทานอาหาร	เลือกรับประทานอาหารที่มีกากใยและช่วยในการขับถ่าย หลีกเลี่ยงความเครียดและการนั่งหรือนอนนานๆ โดยไม่เคลื่อนไหว	แสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีกากใย และช่วยในการขับถ่าย ทำกิจกรรมที่เหมาะสม	มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้/ด้านโภชนาการอาหารที่มีกากใยและการเคลื่อนไหวของร่างกาย
การพักผ่อนนอนหลับ	เลือกวิธีการช่วยให้พักผ่อนนอนหลับได้ เช่น การฟังเพลงหรือดนตรีบรรเลง การจัดบรรยากาศที่นอนหรือภายในห้องนอนให้เหมาะสม	ประเมินสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการพักผ่อน จัดสภาพแวดล้อมและให้เหมาะสม	มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้/ด้านการนอนให้ความสำคัญกับจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับ
<b>จิตใจ/จิตวิญญาณ</b>	<b>ความพอประมาณ</b>	<b>ความมีเหตุผล</b>	<b>การสร้างภูมิคุ้มกัน</b>
สุขภาพจิต/จิตวิญญาณ	ยึดหลักทางสายกลาง หลีกเลี่ยงความเสี่ยง แบ่งปันและไม่เบียดเบียนใคร มีเครือข่ายและ เข้าร่วมสังคมชุมชน	สร้างและฝึกความเข้มแข็งทางจิตใจและอารมณ์อย่างสม่ำเสมอ	มีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจทำให้มีกำลังใจ ให้ความสำคัญของการพักผ่อนหย่อนใจ
<b>สัมพันธ์ภาพทางสังคม</b>	<b>ความพอประมาณ</b>	<b>ความมีเหตุผล</b>	<b>การสร้างภูมิคุ้มกัน</b>
บทบาทและความสัมพันธ์ในสังคม	ความเข้าใจบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เข้าร่วมเครือข่าย เช่น ชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ใน รพ.สต.	สร้างสัมพันธ์ภาพบทบาทของผู้ร่วมงานกิจกรรมของเครือข่าย ช่วยเหลือ แบ่งปันและเอื้อเพื่อเอื้ออาหารต่อกัน	ช่วยเหลือชุมชนและสังคมร่วมกัน เป็นการสร้างความเข้มแข็งและเป็นภูมิคุ้มกันทางสังคม รวมทั้งเป็นการสร้างคุณค่าแก่ตนเอง
<b>สิ่งแวดล้อม</b>	<b>ความพอประมาณ</b>	<b>ความมีเหตุผล</b>	<b>การสร้างภูมิคุ้มกัน</b>
การรับรู้และการจัดการสุขภาพ	เลือกสถานบริการสุขภาพที่ใกล้บ้าน และมีความน่าเชื่อถือ เข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ชุมชน	ศึกษา สอบถาม บอกต่อสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ ศึกษาพฤติกรรมบริการของงานบริการ	สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสถานบริการสุขภาพ ให้ความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีประโยชน์
การใช้ยา	ใช้ยาตามความจำเป็นต่อความเจ็บป่วย	แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ได้รับอย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรคและอาการที่เป็นอยู่	มีที่ปรึกษา/ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ป้องกันความเสี่ยงในการใช้ยา

ผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนทนากลุ่มในกลุ่มของผู้สูงอายุ และผู้ดูแล ได้แสดงความเชื่อมโยงระหว่าง ประเด็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน โดยแบ่งเป็นประเด็นต่างๆ อันได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งเชื่อมโยงกับหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงสู่ความ

มีสุขภาพแบบพอเพียงบนพื้นฐานของความรู้ คุณภาพ แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ของความพอประมาณ ความมีเหตุมีผล และการสร้างภูมิคุ้มกันในแต่ละด้าน ที่จะมุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นที่ร่วมกัน กำหนดประเด็นย่อย ดังแสดงตามตารางข้างต้น

5. สรุปรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยไทย และผลการประเมินรูปแบบตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ



รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ใช้แนวคิดของภาพบ้านที่มีสิ่งยึดเหนี่ยวและนำทาง ที่เปรียบเสมือนหน้าจั่วของบ้าน เป็นหลักปรัชญาแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 โดยอยู่บนตัวบ้านที่มีฐานของความรู้ คุณธรรม โดยผู้สูงอายุเปรียบเสมือนผู้อยู่อาศัยภายในบ้าน ที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่แวดล้อมด้วยสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงกรอบแนวคิดของบ้านอันอบอุ่นเพื่อสร้างสังคมผู้สูงวัยให้มีความรัก การแบ่งปัน และความเอื้อเฟื้อเอื้ออารีต่อกันเปรียบเสมือนเพื่อนบ้านที่ดี ที่มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกัน

### อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของ

ผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

#### ด้านประชากรศึกษา

กลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.00 มีอายุเฉลี่ย  $66.34 \pm 8.97$  ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.78 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 52.00 ระดับการศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 46.00 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 56.00 จากข้อมูลผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (The young old) ช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นช่วงที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติในหลายๆ ด้าน เช่น การเกษียณอายุการทำงานช่วงวัยนี้ยังเป็นคนที่แข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง และยังมีสมรรถภาพในด้านต่างๆ อยู่<sup>(10)</sup> รายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>(11)</sup> ที่รายงานว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 52.00

รู้ดีกว่ารายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินถึงร้อยละ 60.00 สภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุยังมีรายได้ไม่เพียงพอ และไม่มีเงินเก็บออม ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ มัธยมศึกษา/ปวช. สอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของสุนีย์ เครานวล<sup>(12)</sup> ที่ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง รูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมในชุมชนภายใต้ สังคม พหุวัฒนธรรม เทศบาลตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.70 ปีครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 55.90 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.90 รายได้จากเงินเลี้ยงชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.30 รายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ร้อยละ 40.60 เป็นครอบครัวเดี่ยว (อยู่ด้วยกัน) (70.90)

ดังนั้น การดูแลสุขภาพ รวมถึงการพัฒนา คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการตามบริบทของพื้นที่

กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอ บ้านธิ จังหวัดลำพูน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.15 อายุเฉลี่ย  $43.43 \pm 7.14$  ปี ประกอบอาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 31.13 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 44.34 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.81 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.70 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 78.77 รายได้เฉลี่ย  $9,620.16 \pm 3,463.20$  บาทต่อเดือน ราย ได้โดยรวมของครอบครัว เฉลี่ย  $16,254.12 \pm 3,117.27$  บาท/เดือน ไม่เพียงพอ ร้อยละ 46.23 สิทธิบัตรประกัน สุขภาพ ร้อยละ 66.98 ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุใน ครอบครัว/ชุมชนเฉลี่ย  $7.06 \pm 3.17$  ปี เคยได้รับการ ฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.87 และเคยได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้า หน้าที่พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 76.42 สอดคล้องกับศิวพร ชุ่มเย็น<sup>(13)</sup> ที่ทำการศึกษาในเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.00 อายุเฉลี่ย  $48.00 \pm 8.09$  ปี จบการศึกษาสูงสุดระดับ มัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 82.30 สถานภาพคู่ (อยู่ด้วยกัน)

ร้อยละ 70.90 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.80 รายได้โดย รวมของครอบครัว <math>5,000</math> บาท ร้อยละ 74.70 ความรู้ ในการดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.80 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเชื่อมั่นและยอมรับใน ตัวท่าน ร้อยละ 70.72

ดังนั้น การพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงปัจจัย ดังกล่าว โดยเฉพาะเรื่องรายได้ซึ่งไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่ง ผลต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุไม่ดีเท่าที่ควร ควรหา แนวทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ ตามบริบทของพื้นที่

### ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ระดับคุณภาพ ชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.46 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพ ชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทาง สังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.79, 68.99 และ 46.31 ตามลำดับ และด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับ ดี ร้อยละ 64.34 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ชญานันท์ ศิริกิจเสถียร<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาการพัฒนากิจกรรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาของ เศรษฐกิจพอเพียงในหมู่บ้านโพธิ์พัฒนา ตำบลคณสี อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรงดีมาก รองลงมาคือมีสุขภาพ ไม่ดีจากโรคประจำตัว ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคไต ด้านจิตใจ มีความมั่นคงในชีวิตในกรณีการดูแล เอาใจใส่ยามเจ็บป่วยจะมีลูกหลาน/ญาติพี่น้องคอยดูแล มากที่สุด ด้านกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี กิจกรรมประจำวัน เช่น นั่งฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปลูกผัก สวนครัวเพื่อบริโภคในครัวเรือน และยังพบว่ามีการพัฒนา คุณภาพชีวิตตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยมีการ จัด 4 กิจกรรม คือการนวดตัวอย่างง่าย การทำสบู่ สมนไพร การทำลูกประคบ และการทำน้ำมันไพล โดยมึ ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก มีการนำเอาวัสดุ อุปกรณ์ที่ทำได้ในชุมชนเป็นส่งเสริมสุขภาพแวดล้อม



ให้เกิดความสมดุล และเพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาญชนิก<sup>(15)</sup> ได้ศึกษาองค์ประกอบและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร 2) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบและปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร ซึ่งเป็นการวิจัยเอกสาร (documentary research) ผลการศึกษาพบว่าองค์ประกอบของปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร ได้แก่ ปัจจัยการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ด้านการตัดสินใจ ด้านการดำเนินกิจกรรม ด้านการรับผลประโยชน์ ด้านการกำกับติดตาม และประเมินผล แนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ประกอบด้วย ด้านความพอประมาณ ด้านความมีเหตุผล ด้านการมีภูมิคุ้มกันที่ดี ด้านเงื่อนไขความรู้ ด้านเงื่อนไขคุณธรรม และคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม โดยการวิเคราะห์กรอบแนวคิดตามหลักทฤษฎีการมีส่วนร่วม แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง และทฤษฎีคุณภาพชีวิต

#### ด้านศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในด้านต่างๆ มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ด้านการรับรู้และการจัดการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.77 โรคเบาหวาน ร้อยละ 24.41 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับจาก พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 37.21 เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาที่สถานีนามัย ร้อยละ 32.56 เนื่องจากตำบลห้วยยาบเป็นสังคมชนบท สามารถเข้าถึงสถานบริการใกล้บ้านคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตำบลห้วยยาบ พยาบาลและเจ้าหน้าที่มีความเป็นกันเองสามารถให้คำแนะนำในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเป็นกระบวนการโดยหาปัญหาที่เกิดขึ้นหาแนวทางและวิธีการในการแก้ไข แล้วลงมือปฏิบัติ สอดคล้องกับธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย<sup>(16)</sup> ที่ทำการศึกษากการพัฒนาศักยภาพ

ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ : ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ การวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) พบว่า หลังจากการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูงมากและการปฏิบัติในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังได้จัดทำโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 4 โครงการ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดี ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ลำไย ทูเรียน ขนุน มะม่วงสุก ลิ้นจี่ ละครุดบ่อยครั้ง (3-4 วัน) และรับประทานขนมหวาน เช่น ขนมไทย เค้ก คุกกี้ บ่อยครั้ง (3-4 วัน) โดยมีการรับประทานอาหารอาหารจุกจิก มากกว่า 3 มื้อ บ่อยครั้ง (3-4 วัน) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูนเป็นดินแดนผลไม้ มีผลไม้หลากหลาย เช่น ลำไย ทูเรียน มังคุด ขนุน มะม่วงอ่อนทำให้ผู้สูงอายุจึงนิยมรับประทานผลไม้ของท้องถิ่นที่รสหวาน ประกอบกับการปรุงอาหารหวานบางอย่าง และการทำขนมยังนิยมใส่ผลไม้ลงไปด้วย ทำให้การควบคุมอาหารที่มีรสหวานยังทำได้ไม่ดี จึงควรให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานและขนมหวานต่างๆ ส่วนเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ นิยมดื่มบ่อยครั้ง (3-4 วัน) โดยผู้สูงอายุมักจะชอบนั่งจิบกลุ่มคุยกัน จิบกาแฟไปพลางด้วยคุณสมบัติอันหอมกรุ่น รสชาติที่ขมแต่อร่อย พื้นที่ทางภาคเหนือมีการปลูกกาแฟสายพันธุ์ต่างๆ ที่มีชื่อเสียง หาได้ง่าย และมีประสิทธิภาพช่วยสร้างความสดชื่นให้ผู้ดื่มได้ แต่ทางการแพทย์พบว่าเครื่องดื่มประเภทน้ำชา กาแฟ เป็นเครื่องดื่มที่ไม่มีประโยชน์เพราะสารคาเฟอีนใน ชา กาแฟมีผลเสพติดอ่อนๆ คือดื่มแล้วจะติด เมื่อไม่ได้ดื่มจะหงุดหงิด มือสั่น ใจสั่น ร่างกายจะใช้เวลากว่า 48 ชั่วโมง ในการสลายคาเฟอีน ถ้าร่างกายได้รับคาเฟอีนมีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง ไตรกลีเซอไรด์สูง

กรดไขมันอิสระสูง จึงไม่เหมาะกับผู้ที่ เป็นโรคเบาหวาน จะเห็นว่ากาแฟนั้นมีทั้งผลดีผลร้ายกับร่างกาย ดังนั้นต้อง จำกัดปริมาณให้เหมาะสมหรือไม่ดื่มเลยได้ ด้านการขับ ถ่ายและการพักผ่อนนอนหลับ ยังอยู่ในระดับที่เหมาะสม แต่การออกกำลังกายยังมีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย และไม่สม่ำเสมอ รวมถึงประเภทการออกกำลังกาย ที่ยังไม่เหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จึงควรให้ความรู้ คำแนะนำหรือการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการรวมกลุ่ม ชมรมในการจัดกิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ดังนั้นในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ จะต้องดูแลในภาพรวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและความคิดระมัดระวังภัยอันตราย ตระหนักรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์หรือเป็นพิษภัยต่อสุขภาพของตนเอง และพระมหาไชยวัฒน์ ชยวฑฺฒ (จันทะแจ่ม)<sup>(17)</sup> ทำการศึกษาการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวมในชุมชนบ้านปางหมู อำเภอเมือง จังหวัด แม่ฮ่องสอน มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสุขภาพแบบ องค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เพื่อศึกษากิจกรรม เสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน 3) การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวมในชุมชน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาจากเอกสารเป็นหลัก และการสัมภาษณ์ผู้ที่มี ส่วนเกี่ยวข้อง 40 คน การสนทนากลุ่มเฉพาะ จาก ผู้เชี่ยวชาญ 16 คน ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม โดยนำเอา รูปแบบของกิจกรรมมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมโครงการ วิถีผู้สูงอายุ โดยผนวกหลักพุทธธรรมมาประยุกต์ใช้กับ กิจกรรมต่างๆ ที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อเป็นการพัฒนาสุขภาพ ผู้สูงอายุ ทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านปัญญา และด้านสังคม มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสเข้า ร่วมกิจกรรม โดยใช้ความรู้ความสามารถตามภูมิปัญญา ชาวบ้าน วิธีการปฏิบัติมาตั้งแต่อดีต ก่อให้เกิดความภาค ภูมิใจ และคุณค่าต่อสังคม ส่งเสริม และสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุ ครอบครัวชุมชน และองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้มีส่วนร่วมและสนับสนุนกิจกรรม เพื่อเป็นการพัฒนา ปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น

## ด้านศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ผลการประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลห้วยยาบ อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน ที่เป็นกลุ่ม ตัวอย่าง ในด้านต่างๆ มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าในภาพรวม ผู้ดูแลรับรู้ถึง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับ ปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ ที่ท่านดูแลมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดีมากอยู่ในระดับ ปานกลาง ภาวะสุขภาพในอดีตอยู่ในระดับ ปานกลาง ความต้านทาน/ความอ่อนแอ อยู่ในระดับ ปานกลาง การประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุของผู้ดูแล ในภาพรวม มีค่าคะแนนเฉลี่ย 6.48 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือความสามารถของตนเอง ในการผ่อนปรน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 5.93 เมื่อพิจารณาเป็น รายข้อพบว่า ท่านสามารถขอให้เพื่อนหรือคนในครอบครัว อยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านประมาณ 1 สัปดาห์ เมื่อท่าน ต้องการเวลาส่วนตัวของท่านเอง มีคะแนนเฉลี่ย 3.86 จากคะแนนเฉลี่ย 0-10 และท่านสามารถขอให้เพื่อน หรือคนในครอบครัวเพื่ออยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนท่านสัก 1 วัน เมื่อท่านรู้สึกว่าการที่จะพัก มีคะแนนเฉลี่ย 4.20 จากคะแนนเฉลี่ย 0-10 ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถขอให้ เพื่อนหรือคนในครอบครัวอยู่ดูแลผู้สูงอายุแทนในระยะ เวลาประมาณ 1 สัปดาห์ได้ เมื่อที่ต้องการเวลาส่วนตัว หรือแม้กระทั่ง แทนสัก 1 วัน เมื่อต้องการที่จะพักยังเป็นไปได้ยาก ซึ่งสะท้อนภาวะและความรับผิดชอบที่หนัก ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ที่คนในครอบครัว สังคม และชุมชน ต้องให้ความช่วยเหลือ และสนับสนุนให้ ผู้ดูแลได้รับการแบ่งเบาภาระและความรับผิดชอบได้บ้าง สอดคล้องกับศศิธร สุขจิตต์<sup>(18)</sup> ทำการวิจัยเรื่องศักยภาพ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตำบลป่าเขา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพผู้ดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ ดูแลการทำกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ จำนวน 162 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดูแล ผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านศักยภาพ



ของผู้ดูแล ด้านการสนับสนุนจากชุมชนและสังคม และด้านปัจจัยแวดล้อมของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความต้องการพัฒนาและเสริมศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุมากทั้งด้านศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการประสานงาน การสนับสนุนจากชุมชนและสังคมโดยรวม ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังลังเลและไม่มั่นใจว่าสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งชุมชนยังไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ จึงควรนำข้อมูลนี้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป และประเสริฐ เก็มประโคน<sup>(19)</sup> ทำการวิจัยการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบุรีรัมย์ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ประเมินประสิทธิผล และปัจจัยแห่งความสำเร็จ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการทางสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวบรวมข้อมูลโดยรายงานการจัดทำแผนรายบุคคลของผู้สูงอายุ เกณฑ์ตำบล Long Term Care (LTC) แบบประเมิน Activities of Daily Living (ADL) และแบบสอบถามเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) กลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแล 3) มีระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษา และ 4) การติดตามเยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงควรพัฒนาความร่วมมือทุกภาคส่วน และสนับสนุนกำลังคนในการดูแล เพื่อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ให้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ให้เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามบริบทของตนเอง
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรร่วมมือกันในการพัฒนาความรู้ทักษะ และ

ทัศนคติของทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตร หรือการพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของชุมชนในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป
2. ศึกษาวิจัยทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยแบ่งระดับผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้านและติดสังคม

#### เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐพัชร สโรบล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลกระหวาน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. ในเอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัย บัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560. มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น;2566.
2. ปิยะสกล สกลสัตยาทร. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข สปสช;2559.
3. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. สุขภาพไทยวัฒนธรรมไทย. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. นนทบุรี; 2550.
4. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานภาวะเศรษฐกิจไตรมาสที่ 4/2565. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรุงเทพฯ; 2565.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาบ. รายงานประจำปี 2566 องค์การบริหารส่วนจังหวัดลำพูน. อำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน; 2566.
6. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพฯ; 2561.

7. Bessette, G. Involving the Community: A Guide to Participatory Development Communication. Penang, Malaysia: Southbound, and Ottawa, Canada: International Development Research Centre; 2004.
8. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K.. On the use of content specialists in the assessment of criterion-Referenced test item validity. Dutch journal of educational research; 1997.
9. Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing. New York: Haper & Row; 1970.
10. กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. รายงานประจำปี 2562. สถานธนาอนุเคราะห์ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, กรุงเทพฯ; 2562.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร; 2562.
12. สุนีย์ เครานวลและคณะ. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบูรณาการการมีส่วนร่วม ในชุมชนภายใต้สังคมพหุวัฒนธรรม เทศบาลตำบลโยป่า อำเภอมือง จังหวัดยะลา วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา; 2563.
13. ศิวพร ชุ่มเย็น. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรดิษฐ์. บัณฑิตวิทยาลัย, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565.
14. ชญานันท์ ศิริกิจเสถียรและคณะ.การพัฒนา กิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงในหมู่บ้านโพธิ์พัฒนา ตำบลคณที อำเภอมือง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ (สทมส) 2561; ปีที่ 24 ฉบับพิเศษ มกราคม - เมษายน 2561.
15. เพ็ชรภรณ์ ชัชวาลชาญชนกิจ และคณะ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชุมพร. วารสารสหวิทยาการวิจัย ฉบับบัณฑิตศึกษา 2564; ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม.
16. ธีรศักดิ์ ภูงศ์ชัย และคณะ. การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: ตำบลนาฝาย อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2564;ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม.
17. มหาไชยวัฒน์ ชยวุฒโฒ (จันทะแจ่ม). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาวะแบบองค์รวมในชุมชนบ้านปางหมู อำเภอมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย;2565.
18. ศศิธร สุขจิตต์. ศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุตำบลป่าเช่า อำเภอมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562.;ปีที่ 28 ฉบับเพิ่มเติม 2 กันยายน - ตุลาคม.
19. ประเสริฐ เก็มประโคน. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2565.;ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน.



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร

## Factors Related to Influenza Preventive Behavior in the staff of Kamphaengphet Hospital KamphaengPhet Province

จุฑาทิพย์ อินทรสุด ส.บ.

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ประชากร 1,323 คน กลุ่มตัวอย่าง 297 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage Sampling) เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation), ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับค่อนข้างสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้แก่ อายุ ( $r=0.297$ ), ประกอบวิชาชีพ ( $r=0.297$ ), การรับรู้ ( $r=0.458$ ), ความรู้ ( $r=0.433$ ), ปัจจัยเอื้อ ( $r=0.487$ ), ปัจจัยเสริม ( $r=0.381$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลกำแพงเพชรควรกำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ และบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล แล้วดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับในแต่และปีอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ :** ไข้หวัดใหญ่, ปัจจัยนำ, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม

### Abstract

This research has the objective to study factors related to influenza prevention behavior among personnel at Kamphaeng Phet Hospital. This is a cross-sectional analytical study. Population 1,323 people, sample group 297 people, using multi-stage sampling. Research tools include: created questionnaire Data were analyzed by distributing frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson Correlation Coefficient.

The research results found that the personnel of Kamphaeng Phet Hospital. Have behavior to prevent influenza at a relatively high level. As for the factors related to influenza prevention behavior among personnel at Kamphaeng Phet Hospital. Factors that are related including age factor ( $r=0.297$ ), Professional occupation factor ( $r=0.297$ ), Perception factor ( $r=0.458$ ), Knowledge factor ( $r=0.433$ ), Facilitating factor ( $r=0.487$ ), Supplementary factor ( $r=0.381$ ) that are statistically significant at the 0.05 level.



Suggestions KamphaengPhet Hospital should therefore establish a policy for prevention and control of influenza and include it in the hospital's strategic plan. Then proceed to prepare action plans to support each year continuously.

**Keywords :** Influenza, Lead factors, Facilitating factors, Additional factors

## บทนำ

โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) เป็นโรคที่สำคัญในกลุ่มโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ในแต่ละปีทำให้มีผู้ป่วยหนักจำนวน 3-5 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตเพราะระบบทางเดินหายใจมากขึ้นทั่วโลก<sup>(1)</sup> ซึ่งการติดเชื้ทางเดินหายใจเฉียบพลันที่เกิดจากไวรัสไข้หวัดใหญ่ซึ่งแพร่กระจายไปทั่วทุกมุมโลกตลอดทั้งปีทำให้เกิดการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและอาจต้องรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตได้ การแพร่ระบาดตามฤดูกาลมักเกิดขึ้นในช่วงฤดูหนาว ในขณะที่ในพื้นที่เขตร้อน เช่น ประเทศไทย ไข้หวัดใหญ่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดทั้งปี<sup>(2)</sup> ทำให้เกิดการระบาดอย่างไม่สม่ำเสมอมากขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีอาการไม่รุนแรง หายป่วยได้โดยไม่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล อาการจะทุเลาและหายป่วยภายใน 5-7 วัน อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่พบ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคและปัญหาเชื้อดื้อยา เป็นต้น

การระบาดของไข้หวัดใหญ่ในประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 30 ธันวาคม 2566 มีรายงานผู้ป่วย 472,222 ราย อัตราป่วย 713.63 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 29 รายในจังหวัดนครราชสีมา 8 ราย จังหวัดสุราษฎร์ธานี 3 ราย จังหวัดสงขลา กรุงเทพมหานคร เพชรบูรณ์ กาฬสินธุ์ สุรินทร์ และตาก จังหวัดละ 2 ราย จังหวัดพิษณุโลก ชัยภูมิ ราชบุรี นครศรีธรรมราช ปทุมธานี และลำพูน จังหวัดละ 1 ราย อัตราตาย 0.006 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่มีสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ<sup>(2)</sup> การระบาดของไข้หวัดใหญ่ในจังหวัดกำแพงเพชร จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ 2564-2566 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ปี 2564, 2565, 2566 จำนวน 195,495 และ 3,671 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 27.38, 69.51 และ 517.94 ต่อประชากร

แสนคน และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต<sup>(2)</sup>

โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีบุคลากรรวมทั้งสิ้น 1,323 คน ประกอบด้วย กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ จำนวน 132 คน, กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการ และสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 69 คน, กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ จำนวน 83 คน, กลุ่มภารกิจด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ จำนวน 339 คน และ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จำนวน 700 คน, สถิติการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ ของบุคลากร ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2564-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ปีพ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 2 ราย, 11 ราย และ 69 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 160.25, 833 และ 533.20 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ<sup>(3)</sup>

กระบวนการเกิดพฤติกรรมมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ที่ทำงานประสานสัมพันธ์ต่อเนื่อง ประกอบด้วย สิ่งเร้า (Stimulus) ตัวรับสิ่งเร้า (Receptor) การประมวลผล และประสานสัมพันธ์ และพฤติกรรมตอบสนอง<sup>(4,5)</sup> ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลหรือชุมชน จะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิตประจำวัน ถ้าต้องประสบกับปัญหาการระบาดของโรค ยิ่งต้องให้ความสำคัญและตระหนักเป็นอย่างยิ่ง<sup>(6)</sup> บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ทำงานในลักษณะสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของแต่ละวิชาชีพแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับบทบาทหน้าที่ รวมถึงโอกาสเสี่ยงที่สัมผัสกับผู้ป่วย สิ่งเร้าและตัวรับสิ่งเร้า หรือปัจจัยที่อยู่รอบตัวของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีผลต่อการเจ็บป่วย หรือ การป้องกันโรคของบุคลากร

ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชรซึ่งเป็น

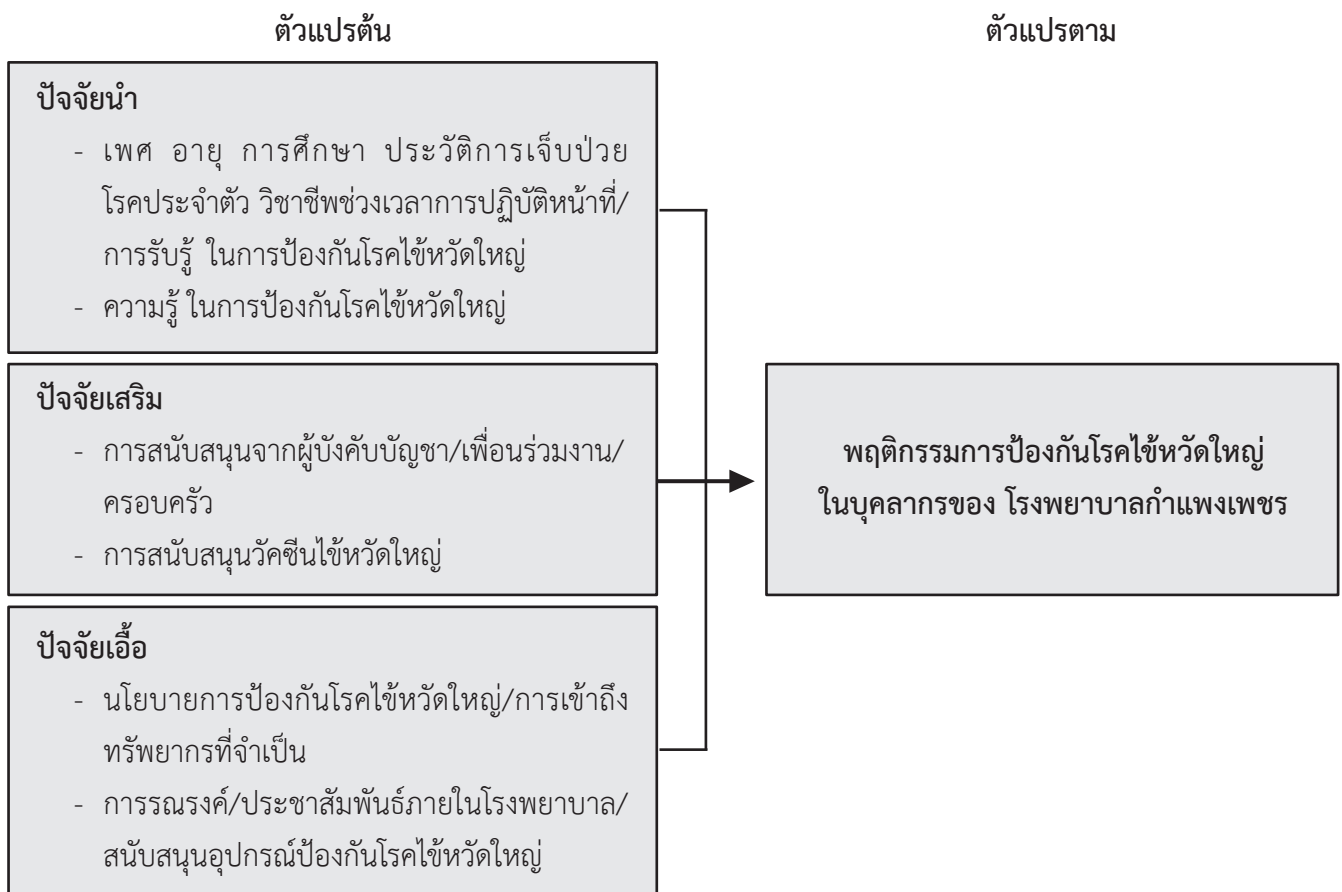


บุคลากรด้านสุขภาพ ผลงานวิจัยจะนำไปปรับใช้ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ลดความรุนแรงและความสูญเสียได้ และใช้พัฒนาแผนการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคภายในโรงพยาบาลกำแพงเพชรให้มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study)

**ประชากร** คือ บุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 1,323 คน

### คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร เป็นอย่างไร

### สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ, ปัจจัยด้านการรับรู้, ปัจจัยด้านความรู้, ปัจจัยเอื้อ, ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

### การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

- 1) การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของ Krejcie & Morgan<sup>(7)</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา 297 คน โดยมีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$S = \frac{x^2 NP(1-P)}{d^2(N-1) + x^2 P(1-P)}$$

S แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

$x^2$  แทน ค่าไคสแควร์ที่ Degree of freedom (df) เท่ากับ 1 ระดับความเชื่อมั่น 95% (เท่ากับ 3.841)

P แทน สัดส่วนของประชากร หากไม่ทราบ ใส่ค่า 0.05

d แทน ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.05)

2) ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage Sampling Sampling) โดยมีวิธีการดำเนินงานดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งสัดส่วนประชากรตามกลุ่มงานของโรงพยาบาล จำนวน 5 กลุ่มภารกิจ

**ขั้นตอนที่ 2** การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างบุคคลากรภายในกลุ่มงานของโรงพยาบาล จำนวน 5 กลุ่มภารกิจ

ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 297 คน

#### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 - 30 กันยายน 2567

2. ไม่มีปัญหาในการเขียน, การพูดและการฟัง และมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง

3. สม่ครใจและยินดีให้ข้อมูลตลอดเวลาที่ศึกษา

#### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. มีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกระทันหัน

2. ต้องการยุติการเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย มีทั้งหมด 5 ส่วน

ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 7 ข้อ, ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ 1) การรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นคำถามเลือกตอบแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ, 2) ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ, ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ เป็นคำถามเลือกตอบแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 คำตอบ จำนวน 5 ข้อ, ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม เป็นคำถามเลือกตอบแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 คำตอบ จำนวน 5 ข้อ, ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นคำถามเลือกตอบแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัย แบบสอบถามการมีส่วนร่วม เมื่อสร้างเสร็จแล้วได้นำไปให้ ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง ความครบถ้วนตามหลักวิชาการ วัตถุประสงค์ และนิยามศัพท์ หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ IOC (Item-Objective Congruence) ได้ค่า 0.78 นำมาปรับแก้และทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันที่โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล อำเภอเมืองจังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 30 คน แล้วนำมาค่าความเที่ยง (Reliability) แบบความคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้ การรับรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ = 0.76, ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ = 0.81, ปัจจัยเอื้อ = 0.77, พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ = 0.83

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณา จริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร เลขที่ 33/2566 ลงวันที่ 26 ตุลาคม 2566

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทีมวิจัยได้ทำบันทึกภายในส่งไปยังกลุ่มงานต่างๆ ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร พร้อมระบุรายละเอียดของการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม
2. ดำเนินงานการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับกับบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. หลังเก็บข้อมูลครบถ้วน นำแบบสอบถามมาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation Coefficient )

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.50) มีอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 32.70) รองลงมาอายุระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 26.90) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส. (ร้อยละ 67.30) รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 14.10), ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเจ็บป่วยจากไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 56.90), ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.70), การประกอบวิชาชีพกลุ่มสนับสนุนบริการเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.20) รองลงมาเป็นวิชาชีพพยาบาล (ร้อยละ 20.30), ส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในช่วงเวลาเช้าระหว่างเวลา 8.30-16.30 น. (ร้อยละ 98.70)

### 2. พฤติกรรมการป้องกัน ไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ปัจจัยการรับรู้เรื่องไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ในระดับค่อนข้างสูง (Mean = 3.99, SD = 0.66) แยกย่อยข้อพบว่า ข้อทัศนคติที่ดี เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.55, SD = 0.75)

ปัจจัยความรู้ ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับค่อนข้างสูง (Mean = 4.28, SD = 0.56) แยกย่อยข้อพบว่า การนอนพักผ่อนให้เพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันร่างกาย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.47, SD = 0.66)

ปัจจัยเอื้อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างสูง (Mean = 3.89, SD = 0.87), แยกย่อยข้อพบว่า นโยบายของโรงพยาบาลสำหรับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ให้แก่บุคลากร มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.11, SD = 0.75)

ปัจจัยเสริม ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า อยู่ในระดับค่อนข้างสูง (Mean = 4.09, SD = 0.71) แยกย่อยข้อพบว่าโรงพยาบาลสนับสนุนวัคซีนไข้หวัดใหญ่ฟรี มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.40, SD = 0.65)

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับค่อนข้างสูง (Mean = 4.36, SD = 0.77) แยกย่อยข้อพบว่า การไม่ใช้อุปกรณ์ร่วมกับผู้อื่น เช่น ช้อนกินข้าว, จาน, แก้วน้ำ ค่าเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 4.95, SD = 0.77)

### 3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ ( $r = 0.297$ ), การประกอบวิชาชีพ ( $r = 0.297$ ) 2. ด้านการรับรู้ ( $r = 0.458$ ) 3. ด้านความรู้ ( $r = 0.433$ ) สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยเอื้อ สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ( $r = 0.487$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยเสริม สัมพันธ์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ( $r = 0.381$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร (N=297)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร	พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรค		
	Person Correlation(r)	Sig (2-tailed)	ความสัมพันธ์
<b>1. ปัจจัยนำ</b>			
1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล			
1. เพศ	.005	.932	ไม่สัมพันธ์
2. อายุ	.297	.004	สัมพันธ์
3. ระดับการศึกษา	-.024	.675	ไม่สัมพันธ์
4. ประวัติเจ็บป่วยโรคไข้หวัดใหญ่	-.008	.892	ไม่สัมพันธ์
5. โรคประจำตัว	.083	.156	ไม่สัมพันธ์
6. การประกอบวิชาชีพ	-.115	.048	สัมพันธ์
7. ช่วงเวลาการปฏิบัติหน้าที่	-.017	.776	ไม่สัมพันธ์
1.2 ปัจจัยด้านการรับรู้	.458	.000	สัมพันธ์
1.3 ปัจจัยด้านความรู้	.433	.000	สัมพันธ์
<b>2. ปัจจัยเอื้อ</b>	.487	.000	สัมพันธ์
<b>3. ปัจจัยเสริม</b>	.381	.000	สัมพันธ์

## วิจารณ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยรายละเอียด ดังนี้

**วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 1.** เพื่อศึกษาปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิจัย สอดรับกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ว่า ปัจจัยนำ, ปัจจัยด้านการรับรู้, ปัจจัยด้านความรู้, ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร อภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยนำ ด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี เป็นช่วงวัยของการทำงาน จึงมีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

พอสมควร เนื่องจากทำงานกับกลุ่มวิชาชีพ แพทย์พยาบาล ที่ให้การรักษาผู้ป่วยที่มารับบริการจากการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ และส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานมีบริบทการทำงานให้บริการดูแล ผู้ป่วยโดยตรงและใกล้ชิด ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการขึ้นเวร โดยมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่จากการให้บริการได้มากกว่ากลุ่มอายุมากกว่า ทำให้บุคลากร มีความตื่นตัวมากกว่าในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED model<sup>(9)</sup> ได้แก่ อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลให้บุคคลเกิด พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ สอดคล้องกับงานวิจัยของชนิกา เสนางค์นารถ.<sup>(10)</sup> ที่ทำการศึกษปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ได้แก่ อายุ, ประสบการณ์การรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และการชั่งจูงจากบุคคลอื่น โดยกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 45 ปี มีโอกาสในการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่เป็น 2.33 เท่าของผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี ผลการศึกษาสามารถนำจัดโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่เพื่อเพิ่มพฤติกรรมมารับวัคซีนของบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ สวรรยา สิริภคมงคล และคณะ.<sup>(11)</sup> ที่ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับผู้ป่วยอื่นๆ ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก กรณีศึกษา จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรพยากรณ์ความรู้ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ปัจจัยนำ ด้านการประกอบวิชาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า การประกอบวิชาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสนับสนุนบริการทั้งผู้ช่วยเหลือคนไข้และเจ้าหน้าที่แผนกต่างๆ ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 53.20) รองลงมาเป็นวิชาชีพพยาบาล (ร้อยละ 20.30) อภิปรายได้ว่า บุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีบริบทการทำงานในโรงพยาบาลที่ต้องบริการผู้ที่มาติดต่อในโรงพยาบาล และต้องให้บริการดูแลผู้ป่วยโดยตรง สัมผัสผู้ป่วยและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ รวมทั้งต้องทำงานร่วมกับวิชาชีพแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการรักษาผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ทำให้บุคลากรมีความตระหนัก และรับรู้ในการป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ มากกว่ากลุ่มอื่นๆ สอดคล้องกับงานวิจัยของนัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในโรงพยาบาลรามธิบดี ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดการ การป้องกัน ควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในโรงพยาบาลรามธิบดี ประกอบด้วย ตัวแทนพยาบาลหอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน ตัวแทนแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบ ในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับการรักษาให้เป็นไป ตามมาตรฐานการรักษา

พยาบาลและสั่งการเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ และบุคลากรดังกล่าวเคยมีประสบการณ์ด้านการป้องกัน ควบคุมไข้หวัดนกและโรคซาร์สในโรงพยาบาลรามธิบดี ขณะเกิดการระบาด ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวช่วยส่งเสริมต่อการป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการมุ่งใจมากที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นเสริมแรงในทางบวก สามารถเกิดได้ทั้งภายในและภายนอกก็ได้ ประชาชนที่เป็นตัวแทนของตำบลที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกคน รับรู้ถึง ผลลัพธ์ของมาตรการร่วมเมื่อมีการใช้ จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดี<sup>(4)</sup>

ปัจจัยนำ ด้านปัจจัยการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่า ปัจจัยการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ บุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร โดยรวมบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีระดับการรับรู้ในระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาล มีหน้าที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จึงมีค่อนข้างสูง มีการทำงานเป็นทีมร่วมกันกับวิชาชีพอื่นๆ คือ แพทย์ พยาบาล จะได้รับทั้งความรู้และประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ จึงมีการรับรู้ค่อนข้างสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของสมบุญธวีลาภ<sup>(12)</sup> ที่การศึกษาปัจจัยทำนายการยอมรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลของผู้สูงอายุ อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน การรับรู้อุปสรรคของการฉีดวัคซีน สอดคล้องกับงานวิจัยของมนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล<sup>(13)</sup> ที่ศึกษาการรับรู้ ความเสี่ยงและพฤติกรรมที่ต่อโรคไข้หวัดใหญ่ของ

กลุ่มเสี่ยง พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรม ต่อโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มเสี่ยง ทั้งความรู้เรื่องโรค การติดต่อของโรคไข้หวัดใหญ่ การดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเจ็บป่วยพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการไปพบแพทย์เมื่อคาดว่าอาการโรคไข้หวัดใหญ่ จะมีความรุนแรงอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ นัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง<sup>(8)</sup> ที่ศึกษา การรับรู้ ประสบการณ์ ของบุคลากร จากการดำเนินงานด้านการสื่อสาร และการอบรมให้ความรู้ แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ผลการศึกษา พบว่า รับรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับจากการจัดการ การป้องกัน และ ควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของโรงพยาบาล รามาธิบดีโดยเฉลี่ยภาพรวมคะแนนระดับสูง สอดคล้อง กับงานวิจัยกลินรำ ทอดสูงเนิน<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในผู้ต้องขังจังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัย ด้านการรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ ประโยชน์ พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้ความรุนแรง ของโรคไข้หวัดใหญ่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

ปัจจัยนำ ด้านปัจจัยความรู้ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่า บุคลากรส่วนใหญ่ ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีระดับความรู้ในการป้องกัน โรคไข้หวัดใหญ่ ระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะการนอน พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านร่างกาย อยู่ในระดับค่อนข้างสูง เนื่องจากบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร การทำงานให้บริการผู้ป่วย จำเป็นต้องมีมาตรฐาน การให้บริการ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และมีความรู้การปฏิบัติตัวให้ปลอดภัยจากโรค และ สร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันเวลาให้ บริการกับผู้ป่วย สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐภาส พรพมา<sup>(15)</sup> ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมป้องกันการ โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 (H1N1) ของนักเรียนโรงเรียน

สาธิตมหาวิทยาลัยรามคาแหง ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ การป้องกันโรคไข้หวัด 2009 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัด 2009 (H1N1) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับดี ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่กลุ่มเป้าหมาย และกลุ่มอื่นๆ เช่น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัด ศรีสะเกษ ครูและผู้ดูแลเด็ก ศูนย์เด็กเล็กจังหวัด สุราษฎร์ธานีและประชาชนจังหวัดกาฬสินธุ์มีคะแนน ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดี<sup>(16)</sup> พิชามญช์ หาญเจริญกิจ ได้ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกัน โรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ความรู้ใน การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับสูง ผลต่อการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (2009 H1N1) อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของกลินรำ ทอด สูงเนิน<sup>(14)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ต้องขังจังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยร่วม ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค ไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการ โรคไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล กำแพงเพชร ได้รับปัจจัยเอื้อ ในระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะข้อโรงพยาบาลมีนโยบายสำหรับการป้องกัน โรคไข้หวัดใหญ่ให้แก่บุคลากร เนื่องจาก เป็นโรงพยาบาล รัฐในระดับทุติยภูมิ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข การปฏิบัติและการให้บริการแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่ระบาด ในประเทศ เป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องดำเนินการ โดยมี นโยบายและการสั่งการมาจากกระทรวงสาธารณสุข และนำมาจัดทำเป็นนโยบายให้กับบุคลากรในโรงพยาบาล ทำให้มีการจัดกิจกรรม การรณรงค์ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในโรงพยาบาล รวมทั้ง สื่อสารและประชาสัมพันธ์ การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และโรงพยาบาลยังสนับสนุน อุปกรณ์ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ให้แก่บุคลากร เช่น หน้ากากอนามัย, เจลล้างมือ อีกด้วย สอดคล้องกับภัทริยา น้ำไหลทุ่ง<sup>(17)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ในทหารกอง

ประจำการ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในทหารกองประจำการ

ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อภิปรายได้ว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้รับ ปัจจัยเสริมในระดับค่อนข้างสูง โดยเฉพาะข้อคำถามเกี่ยวกับโรงพยาบาลสนับสนุนวัคซีนไข้หวัดใหญ่ฟรี เนื่องจาก โรงพยาบาลมีระบบสวัสดิการให้กับบุคลากร เช่น ตรวจสุขภาพประจำปี, สนับสนุนวัคซีนไข้หวัดใหญ่ฟรี อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เพื่อนร่วมงาน และครอบครัว ให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ที่อาจเป็นอันตรายแก่บุคลากร สอดคล้องกับงานวิจัยของชนิกา เสนางค์นารณ<sup>(10)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสริมด้านการชักจูงจากบุคคลอื่น สามารถทำนายพฤติกรรมการรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับภัทริยา น้ำไหลทุ่ง<sup>(17)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ ในทหารกองประจำการ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในทหารกองประจำการ

**วัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2.** เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร อภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชรส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในระดับค่อนข้างสูง อภิปรายได้ว่า บุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี และปฏิบัติงานด้านการบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีทุกวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิชาการ

สาธารณสุข และบุคลากรสนับสนุนการบริการ จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ระบบสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ ทั้งด้าน รักษา ฟื้นฟู ส่งเสริม ป้องกัน รวมถึงการรักษาความปลอดภัยในการปฏิบัติหน้าที่บริการแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงทำให้ต้องศึกษาหาความรู้ และแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคไข้หวัดใหญ่ดังกล่าว ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ พบในระดับค่อนข้างสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของนัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง<sup>(8)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศูนย์ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการจัดการ การป้องกันและควบคุมไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในโรงพยาบาลรามาริบัติ ได้ดี ประกอบด้วย พยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน IC ตัวแทนพยาบาลหอผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน ตัวแทนแพทย์ประจำบ้าน ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบ ในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับการรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลและสิ่งการเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ และบุคลากรดังกล่าวเคยมีประสบการณ์ด้านการป้องกัน ควบคุมไข้หวัดนกและโรคซาร์ส ในโรงพยาบาลรามาริบัติขณะเกิดการระบาด ซึ่งประสบการณ์ดังกล่าวช่วยส่งเสริมผลดีต่อการ ป้องกันไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009

## สรุป

การวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีระดับการปฏิบัติของพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ในระดับค่อนข้างสูง, ผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากร ตรงกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ปัจจัยนำ, ปัจจัยด้านการรับรู้, ปัจจัยด้านความรู้, ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริหาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร ควรเพิ่มความเข้มข้นในด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ และประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขโดยตรงเกี่ยวกับการควบคุมกำกับ ประเมินผล รวมทั้งการสนับสนุนโครงการต่างๆ ที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โรคไข้หวัดใหญ่

ด้านนโยบาย โรงพยาบาลกำแพงเพชร ควรนำนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ บรรจุลงในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลระยะ 5 ปี และดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับในแต่และปี โดยพิจารณาให้สอดคล้องกับปัญหาการระบาดที่เกิดขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนรอบๆ โรงพยาบาล

ด้านวิชาการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร ควรส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ด้านวิชาการให้มากขึ้นทั้งเรื่องการป้องกันและปรับพฤติกรรม และเป็นแบบอย่างที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ และโรคระบาดอื่นๆ ตามฤดูกาล รวมทั้งให้ความรู้และแนะนำแก่ประชาชนทั้งในเขตเมืองและต่างอำเภอของจังหวัดกำแพงเพชร

## ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาวิจัย ในรูปแบบการวิจัย เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Method) เกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 และโรคระบาดอื่นๆ เช่น ไข้เลือดออก
2. ควรศึกษาวิจัย ในด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและชุมชน ในการป้องกันและฟื้นฟูโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อหามาตรการในการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดกำแพงเพชรต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Influenza seasonal 2024 [Internet]. Geneva: World Health Organization.2024 [Cited 2024 Feb,20]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal>
2. กองระบาดวิทยา. รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ประเทศไทย พ.ศ.2566 กระทรวง

สาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/doi/pagecontent.php?>

3. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรของโรงพยาบาลกำแพงเพชร พ.ศ.2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ. 2567] เข้าถึงได้จาก: <https://www.kph.go.th/html/index.php/service-report-cat-menu>
4. จักรพันธ์ เพชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2561: 87-100.
5. เฉลิมพล ต้นสกุล. พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข. กรุงเทพฯ:สหประชาพานิชย์.2541:100-120.
6. ญัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์. การสร้างมาตรการร่วมเพื่อพัฒนาสู่ตำบลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดของ ตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน. วารสารพยาบาลทหารบก.2563; 21(2): 111-119.
7. Krejcie,R.V.,&D.W.Morgan. “Determining Sample Size for Research Activities”. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3):607- 610.
8. นัญญา พรมาลัยรุ่งเรือง. การศึกษาการจัดการ การป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ 2009 ในศูนย์ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โรงพยาบาลรามธิบดี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2555;26(2):58-74.
9. ดวงเดือน ฤทธิเดช. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มพนักงานที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในสถานประกอบการ จังหวัดระยอง. วารสารกองการพยาบาล. 2563;47(3):39-56.
10. ชนิกา เสนางค์นารถ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของบุคลากร

- ทางการแพทย์จังหวัดพิจิตร. วารสารพยาบาล  
รามา. 2565;28(2):254-267.
11. สวรรยา สิริภคมงคล และคณะ. เปรียบเทียบ  
พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ระหว่าง  
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับผู้ป่วยอื่นๆ ที่มารับบริการ  
ผู้ป่วยนอก กรณีศึกษา จังหวัดนครสวรรค์.  
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7  
ขอนแก่น. 2561;25(3):1-10.
  12. สมบูรณ์ทวีลาภ. ปัจจัยทำนายนายการยอมรับ  
วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลของ  
ผู้สูงอายุ อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี.  
วารสารควบคุมโรค. 2562;45(4):418-430.
  13. มนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล. การรับรู้ความเสี่ยง  
และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ใน  
กลุ่มเสี่ยง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ บริษัทแดเน็กซ์  
อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด. 2558:80-92.
  14. กลิ่นร่ำ ทอดสูงเนิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ใน  
ผู้ต้องขังจังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาล  
และสุขภาพ. 2564;15(3):156-167.
  15. ณิชฐภาส พรหมมา. ความรู้และพฤติกรรมการ  
ป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 (H1N1) ของ  
นักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยรามคาแหง.  
2566;8(4):133-147.
  16. พิชามญช์ หาญเจริญกิจ. ความรู้และการปฏิบัติ  
ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุใน  
ชุมชน. พยาบาลสาร. 2564;49(1):175-185.
  17. ภัทริยา น้ำไหลทุ่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค  
ไข้หวัดใหญ่ในทหารกองประจำการ. วารสาร  
พยาบาลทหารบก. 2564;22(2):295- 304.



# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

## Factors influencing breast self-examination behavior among reproductive age women at Bang Mun Nak District, Phichit Province

นภััสสรณ์ พุ่มพิศ ส.ม.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบ Mixed Method เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-49 ปี จำนวน 613 คน และแกนนำสุขภาพ จำนวน 13 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.76-0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการสรุปประเด็นสำคัญ

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับมาก และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้อุปสรรค ( $\beta=-.151, p=0.003$ ) แรงสนับสนุนทางสังคม ( $\beta=.225, p<0.001$ ) การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ( $\beta=.225, p<0.001$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ( $\beta=.235, p=0.002$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้ร้อยละ 27.60 และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ควรจัดทำกระบวนการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง และกระตุ้นเตือน ติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือสม. ข้อเสนอแนะ ควรมีการกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงาน เน้นการทำงานเชิงรุกในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

**คำสำคัญ :** ปัจจัย, พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, สตรีวัยเจริญพันธุ์

### Abstract

This research is a Mixed Method to study factors influencing breast self-examination behavior among reproductive age women at Bang Mun Nak District, Phichit Province. The study population was women of reproductive age, aged 20-49 years, living in Bang Mun Nak District, Phichit Province, 613 people and 13 health leaders. Data were collected during February - June 2024. Questionnaires with confidence values between 0.76 - 0.96. Data were analyzed using descriptive statistics. and analyze factors influencing breast self-examination behavior. with stepwise multiple linear regression statistics and in-depth interviews By summarizing key points.

The results showed that knowledge and perceived benefits Perceived ability to perform breast self-examination social support and breast self-examination behavior at a high level and

perception of obstacles is at a low level. Factors influencing breast self-examination behavior among reproductive age women at statistically significant level 0.05 include the perceived barriers ( $\beta = -.151, p = 0.003$ ); social support ( $\beta = .225, p < 0.001$ ); Perceived ability to detect self-breast ( $\beta = .225, p < 0.001$ ) Perceived benefits of breast self-examination ( $\beta = .235, p = 0.002$ ). They can jointly predict the breast self-examination behavior among reproductive age women at Bang Mun Nak District, Pichit Province got 27.60 percent.

And from the in-depth interview, it was found that a process should be created to provide knowledge and practice correct breast self-examination. and exhort Follow up by public health officials or village health volunteers. Suggestions: Policies and operational directions should be established. Emphasis on proactive work in promoting breast self-examination behavior.

**Keywords :** Factors, Breast self-examination behavior, Women of reproductive age

## บทนำ

โรคมะเร็ง เป็นโรคร้ายที่คนทั่วโลกต่างหวาดกลัว ตามรายงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. 2561-2565) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในสถานการณ์โรคมะเร็งโลก ระบุว่าโรคมะเร็งถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก โรคมะเร็งจึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศ “โรคมะเร็ง” ถือเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตของประชากรไทยตั้งแต่อดีตจวบจนถึงปัจจุบัน และยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2565 พบว่า ปัจจุบันคนไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ถึงวันละ 336 คน หรือ 122,757 คนต่อปี และเสียชีวิตวันละ 221 คน หรือ 80,665 คนต่อปี โดยข้อมูลจากองค์กรระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง รายงานว่า อุบัติการณ์โรคมะเร็งในไทย พบโรคมะเร็งในเพศหญิง 151 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และพบในเพศชาย 169.30 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน<sup>(1)</sup>

มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิงทั่วโลก มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่มากกว่า 1.2 ล้านคนต่อปี<sup>(2)</sup> ในปี 2561 องค์การอนามัยโลก พบผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลก 2,088,849 ล้านคน เสียชีวิตถึง 626,679 คน<sup>(3)</sup> ซึ่งมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ของโรคมะเร็ง มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม

ร้อยละ 6.90 ของโรคมะเร็งทั้งหมด<sup>(2)</sup> อัตราการรอดชีวิตของมะเร็งเต้านม สำหรับผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 และ 2 อัตราการรอดชีวิตร้อยละ 80-90 แต่สำหรับมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 และ 4 อัตราการรอดชีวิตจะลดลงเหลือ ร้อยละ 24.00 เท่านั้น<sup>(2)</sup> สำหรับประเทศไทย พบมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศชายและหญิง โดยพบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 รายต่อปี หรือชั่วโมงละ 2.50 คน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 รายต่อปี หรือ ชั่วโมงละ 0.94 คน<sup>(2)</sup> จึงถือว่า ดังนั้นมะเร็งเต้านมถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้หญิงทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย และทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในทวีปยุโรป พบอุบัติการณ์เกิดมะเร็งเต้านมสูงกว่าประเทศไทยหลายเท่า<sup>(4)</sup>

จังหวัดพิจิตรพบสาเหตุการตายของประชากรของจังหวัด ตั้งแต่ปี 2562-2565 ด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับ 1 ของจังหวัด และพบอัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านมเป็นอันดับ 3 ใน 5 อันดับ จากข้อมูลอัตราการตายด้วยมะเร็งเต้านม 3 ปีย้อนหลัง พบว่าตั้งแต่ปี 2562-2565 มีแนวโน้มสูงขึ้น 6.69, 6.17, 9.98, 5.70 ต่อประชากร 100,000 คน

ตามลำดับ สถานการณ์ระดับอำเภอ พบว่า จากการรายงานสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของอำเภอบางมูลนากในปี 2564 พบ 128.10 ต่อประชากร 100,000 คน โดยปี 2565 พบ 161.78 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อแยกชนิดของมะเร็งพบว่า สาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับที่ 4 ใน 8 อันดับ และพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น<sup>(5)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-20 ปี มีการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับพอใช้เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง<sup>(6)</sup> โดยพบว่าร้อยละ 57.90 ของสตรีตรวจเต้านม จากการรับรู้ถึงประโยชน์การตรวจเต้านมตนเอง<sup>(7)</sup> ส่งผลต่อการตรวจเต้านมมากขึ้น<sup>(8)</sup> และการรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจเต้านมตนเองในสตรี<sup>(9)</sup> ดังนั้นการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)<sup>(10)</sup> ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม โดยการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น ผลลัพธ์ที่ตามมาคือ บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคเกิดขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นพฤติกรรมหนึ่งในพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม และความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมตรวจเต้านม สตรีจะยินยอมหรือตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนจะต้องมีความเชื่อหลายด้าน คือตนเองเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เมื่อเป็นมะเร็งเต้านม

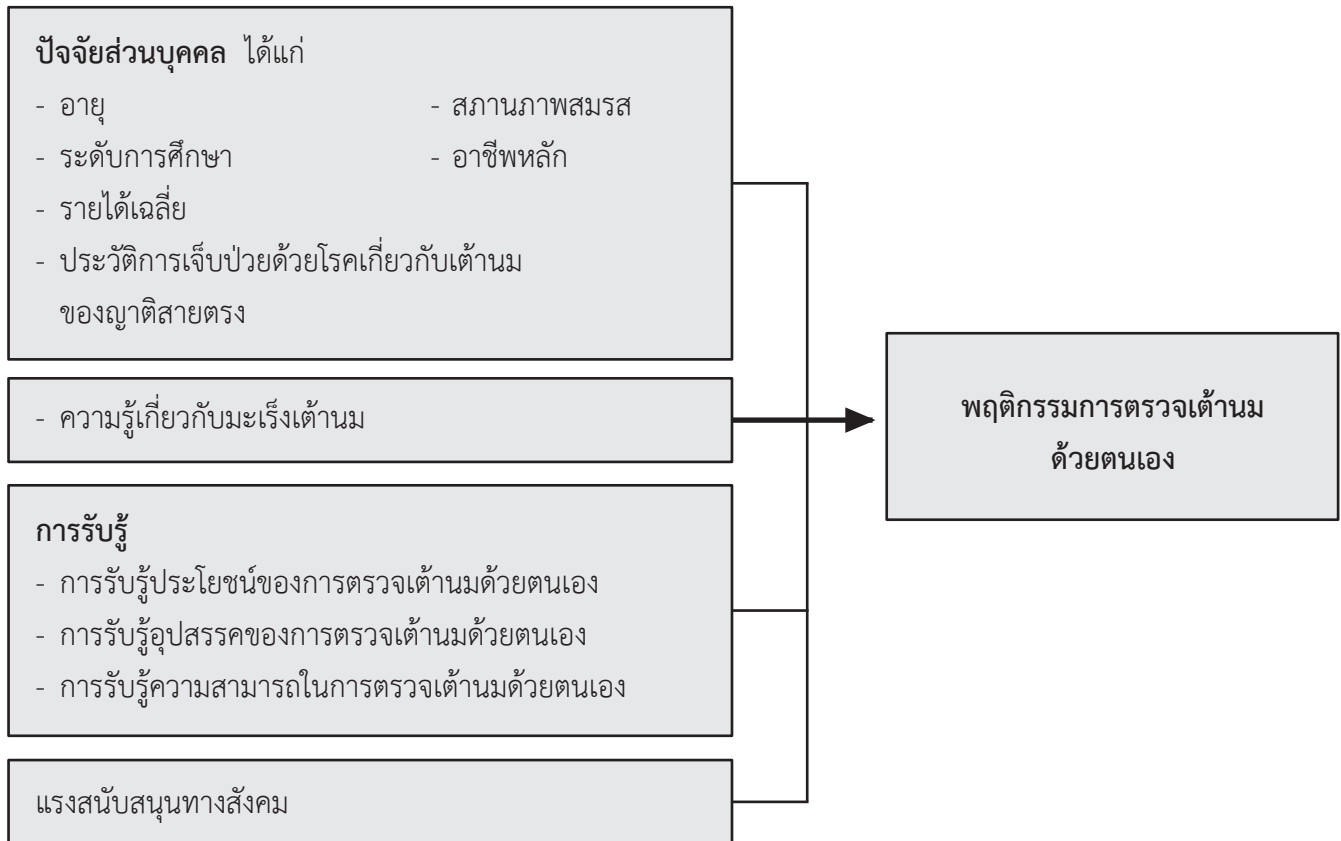
แล้วจะมีอันตรายกระทบต่อการดำเนินชีวิตอย่างน้อยในระดับปานกลาง การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ในการตรวจหาโรคในระยะเริ่มแรกและลดความรุนแรงและการตรวจเต้านมทุกเดือนไม่มีอุปสรรคมากนัก<sup>(11)</sup>

จากข้อความดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าวของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)<sup>(10)</sup> มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยร่วมกับตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านมของญาติสายตรง) ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และประเด็นคำถามสำหรับใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงวางแผนพัฒนา ด้านการประชาสัมพันธ์การติดตามเฝ้าระวัง และป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีวัยเจริญพันธุ์ระยะเริ่มแรกให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อันจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบ Mixed Method ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-49 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 613 คน ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มิถุนายน 2567 ซึ่งผู้วิจัย กำหนดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

### 1. การวิจัยเชิงปริมาณ

#### 1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-49 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 8,039 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของแดเนียล<sup>(12)</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 551 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่ม

ตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 613 คน โดยเลือกพื้นที่ทั้ง 13 ตำบล ในเขตอำเภอบางมูลนาก และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละสถานบริการสาธารณสุขตามสัดส่วนของในแต่ละสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละสถานบริการสาธารณสุข ขั้นตอนที่ 2 ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อ ให้ได้จำนวนตัวแทนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 20-49 ปี 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 3) อาศัยอยู่พื้นที่อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร และมีรายชื่อในทะเบียนบ้านในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี 4) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ขอลอนตัวระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูล

**1.2 เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย**  
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรม และการค้นคว้าจาก เอกสาร ตำรา และรายงาน การวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Index of item-objective congruence: IOC) ได้ค่าความตรงเท่ากับ 0.86 การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) โดยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (try out) กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-49 ปี ในอำเภอที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาคือ อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson<sup>(13)</sup> เท่ากับ 0.96 และแบบสอบถามการรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79, 0.76 และ 0.94 ตามลำดับ

### 1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำหนังสือขอเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และผู้รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในสถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร โดยการประสาน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้ข้อมูลกับ

อาสาสมัครจนอาสาสมัครหมดข้อสงสัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบ 631 คนตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดก่อนนำไปวิเคราะห์และจัดเก็บไว้ในที่มิดชิดมีความปลอดภัยผู้อื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

### 1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยใช้สถิติถดถอยพหุ แบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1 กลุ่มเป้าหมายผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-49 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นแกนนำสุขภาพ สถานบริการละ 1 คน จำนวน 13 คน

2.2 เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ความรู้สึกต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีปัญหาและอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปสามารถตรวจเต้านมตนเองได้อย่างถูกต้อง

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยทำ หนังสือเชิญแกนนำสุขภาพ สถานบริการละ 1 คน เพื่อประสานสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก และผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่จดบันทึกเสียง ณ ห้องประชุมสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล คือ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการบรรยายสรุปความ



## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการวิจัย 3/2567 วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 เมื่อผ่านการขออนุมัติ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอความยินยอมและลงนามเข้าร่วมการวิจัยจากอาสาสมัคร

## ผลการวิจัย

### 1. ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

สตรีวัยเจริญพันธุ์ อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 21.20 ช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 33.90 ช่วงอายุ 41-49 ปี ร้อยละ 44.90 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 38.27 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.28 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.20 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.10 โดยประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 36.90 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 21.70 มีรายได้เฉลี่ยระหว่าง 5,001 - 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.20 และส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับเต้านมของญาติสายตรง ร้อยละ 89.20

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.50 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 12.10 และระดับน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย ร้อยละ 3.40

การรับรู้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.32$ , S.D. = 0.24) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ( $\bar{X} = 3.32$ , S.D. = 0.24) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ( $\bar{X} = 3.73$ , S.D. = 0.60) และด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ( $\bar{X} = 2.13$ , S.D. = 0.69)

แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 4.23$ , S.D. = 0.57) ร้อยละ 81.70 รองลงมา คือระดับ

ปานกลาง ร้อยละ 17.9 และระดับน้อย ร้อยละ 0.3

พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.83$ , S.D. = 0.92) ร้อยละ 67.0 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.9 และระดับน้อย ร้อยละ 7.0

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ<sup>(14)</sup> ได้แก่ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป ผลการวิเคราะห์พบว่า มีตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ( $\beta = -.151$ ,  $p = 0.003$ ) แรงสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .225$ ,  $p < 0.001$ ) การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ( $\beta = .225$ ,  $p < 0.001$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ( $\beta = .235$ ,  $p = 0.002$ ) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ได้ร้อยละ 27.6

ผลการวิเคราะห์สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร =  $0.828 - 0.202$  (การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง) +  $0.368$  (แรงสนับสนุนทางสังคม) +  $0.255$  (การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง) +  $0.235$  (การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง)

**ตาราง 1** แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์  
อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (n = 613)

ตัวแปรทำนาย	b	$\beta$	t	P-value
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	-.202	-.151	-2.959	0.003
แรงสนับสนุนทางสังคม	.368	.225	5.601	< 0.001
การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	.255	.166	4.325	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	.235	.154	3.148	0.002
Constant (a) = 0.828, R = 0.525, R <sup>2</sup> = 0.276, Adjusted R <sup>2</sup> = 0.271, F = 57.900, p-value < 0.001				

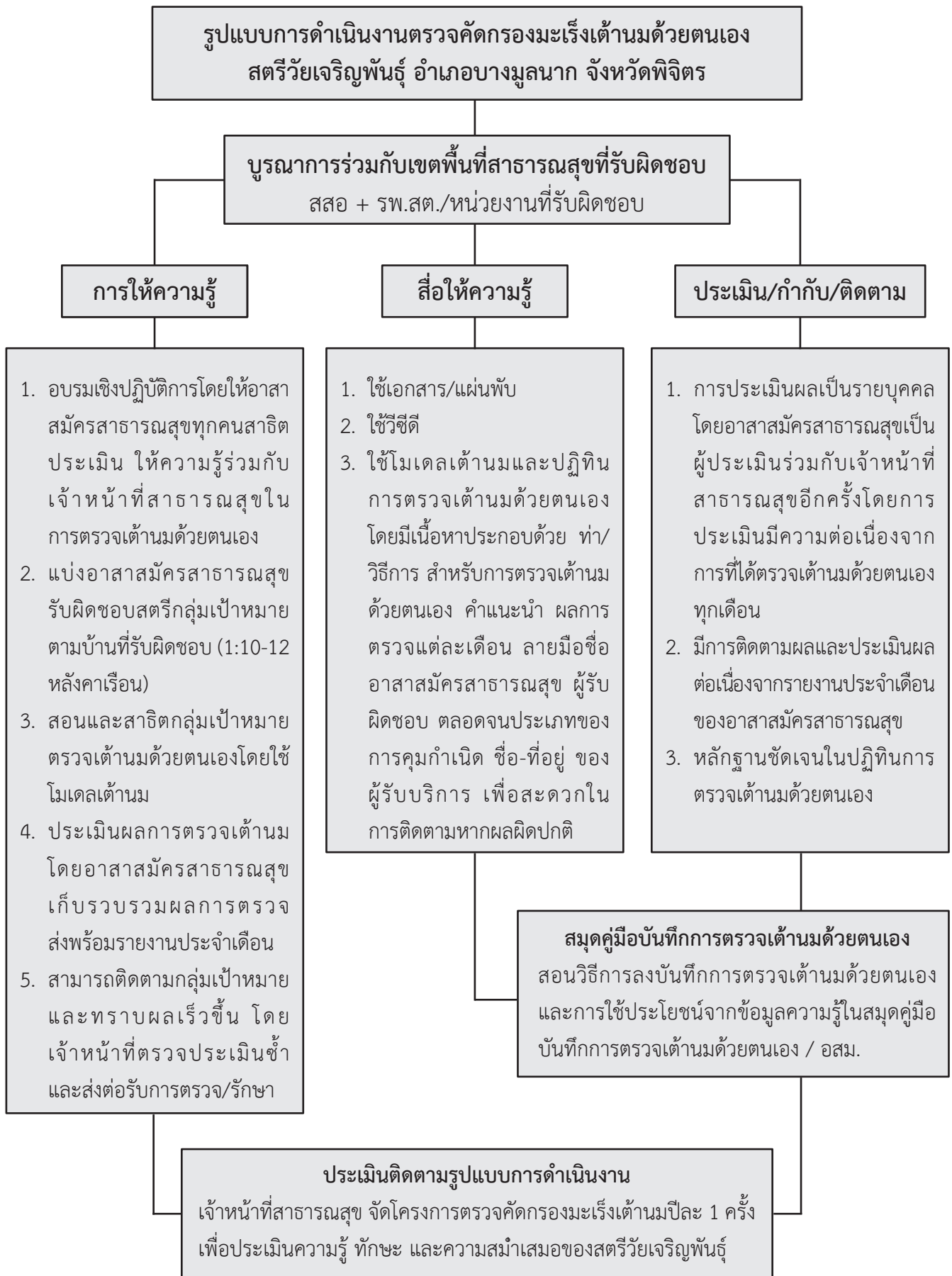
\* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 2. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองไม่ความสม่ำเสมอ เนื่องจากทำงานและดูแลครอบครัวทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเอง และไม่มีเวลาตรวจเต้านมด้วยตนเอง และโดยส่วนใหญ่จะตรวจก็ต่อเมื่อเกิดความกังวลเมื่อได้รับข่าวการเจ็บป่วยของผู้อื่นที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความถูกต้องของช่วงเวลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ แต่ขาดความชำนาญและความถูกต้อง เนื่องจากนานๆปฏิบัติ ทำให้ลืมขั้นตอนการตรวจ แต่มีความเห็นว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและเป็นการคัดกรองเบื้องต้นที่ดีที่สุด แต่ในกลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังมีความคิดเห็นดังนี้ อายุน้อย ยังไม่ได้แต่งงานหรือยังโสด และคนในครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่จะปฏิเสธเมื่อต้องเข้ารับการตรวจ และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมเบื้องต้นที่ดีที่สุด และสามารถทำได้ที่บ้านเมื่อสะดวก

และมีเวลาว่าง ด้านปัญหาและอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความมั่นใจในทักษะและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบกับมีหลายขั้นตอน ทำให้ยากต่อการจำ จึงส่งผลให้ไม่ได้ปฏิบัติ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมุ่งเน้นไปทางการประกอบอาชีพ ทำให้ละเลยการตรวจ กลุ่มตัวอย่างอยากให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ถูกต้องโดยการสอนฝึกปฏิบัติ และมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า เมื่อประชาชนมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง รวมไปถึงการกระตุ้นเตือน จะส่งผลให้ประชาชนมีความใส่ใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น จากการสรุปประเด็นสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก จึงสามารถนำไปกำหนดแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ได้ดังนี้



ภาพ 1 รูปแบบการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์  
อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

## การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

### 1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม การรับรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 31-41 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และศักยภาพในการเรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ สามารถคิด วิเคราะห์ไตร่ตรอง หาความรู้จากแหล่งต่างๆ อีกทั้งการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับมาก และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)<sup>(10)</sup> ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงผลักดันให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรม และเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัตินั้น ผลลัพธ์ที่ตามมาคือ บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเกิดขึ้น จึงอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นพฤติกรรมหนึ่งในพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม และความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมตรวจเต้านม สตรีจะยินยอมหรือตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทุกเดือนจะต้องมีความเชื่อหลายด้าน คือ ตนเองเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม เมื่อเป็นมะเร็งเต้านมแล้วจะมีอันตรายกระทบต่อการดำเนินชีวิต

อย่างน้อยในระดับปานกลาง การตรวจเต้านมด้วยตนเองมีประโยชน์ในการตรวจหาโรคใน ระยะเริ่มแรกและลดความรุนแรงของมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมทุกเดือนไม่มีอุปสรรคมากนัก<sup>(11)</sup> ดังนั้นจึงเกิดแรงผลักดันส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

### 2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้

1. การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)<sup>(10)</sup> กล่าวว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ทางด้านลบ ถ้าบุคคลรับรู้ว่าการตรวจเต้านมนั้นยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ลดลง บุคคลจึงหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อมีความพร้อมในการกระทำต่ำและอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้นแต่เมื่อมีความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคจึงมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยเป็นตัวกั้นขวางการกระทำและมีผลทางอ้อมต่อการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่น้อย จึงทำให้มองว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติ เกิดพฤติกรรมพฤติกรรม

การตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุดา ใจห้าว, จิราวรรณ คล้ายวิเศษ และกรรณิการ์ แสงประจง<sup>(15)</sup> พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการตรวจเต้านมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของบุญธิสา สาร<sup>(16)</sup> พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในจังหวัดกรุงเทพมหานคร แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ<sup>(17)</sup> พบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**2. แร่งสนับสนุนทางสังคม** พบว่า แร่งสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือระดับประคองจากบุคคลอื่นในสังคม หรือบุคคลที่สนิทสนม เช่น ครอบครัว เพื่อนพ้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และข้อมูลข่าวสารต่างๆ ก็จะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ House<sup>(18)</sup> ที่พบว่า เมื่อบุคคลได้รับการช่วยเหลือระดับประคองจากบุคคลอื่นในสังคม โดยเฉพาะการสนับสนุนจากครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดที่มีความสัมพันธ์กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ ช่วยเตือนและให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่สตรีวัยเจริญพันธุ์ จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งนำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านอนามัยที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของพัชยา ภัคจรัสกุล<sup>(19)</sup> พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวญาติ เพื่อนพ้อง และการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทย และสอดคล้องกับการศึกษาของประไพ ปิยจันทร์, ซลิดา แซ่มเจริญ, เสาวณีย์ ระพีพรกุล และสุรินทร์ มากไมตรี<sup>(20)</sup> พบว่า แร่งสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง

เต้านมของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

**3. การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง** พบว่า การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์<sup>(22)</sup> ที่กล่าวว่า ความเชื่อ และการรับรู้ของบุคคล จะสามารถทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จได้ ความคิด ความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรมนั้นเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ถ้ามีความรู้สึกด้านบวกมาก จะยิ่งรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น และสามารถตัดสินใจเพื่อปฏิบัติให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งได้ดีถูกต้องต่อเนื่อง จากผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก จึงสรุปได้ว่า เมื่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ดี ก็จะสามารถตัดสินใจ และปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ดี ถูกต้องต่อเนื่องอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรวิรงค์ หวังมัน, ดวงกมล ปนเฉลียว และทิพย์ฉมพร เกษโกมล<sup>(23)</sup> พบว่า การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ฉันทนะมงคล, บุบผา วิริยรัตนกุล และดวงใจ ลิ้มโตโสภณ<sup>(24)</sup> พบว่า การรับรู้ความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

**4. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง** พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดของแจนซ์ และเบ็กเกอร์<sup>(25)</sup> ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ต้องมีความเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้น



ต้องเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะ ทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะ ปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่า ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า พบว่า การรับรู้ ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจเต้านมด้วยตนเองจะช่วยลด ความเสี่ยงจากโรคมะเร็งเต้านม ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เมื่อ กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วย ตนเองแล้วนั้น ก็จะตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาจากร วรรณ ไตรทิพย์สมบัติ<sup>(17)</sup> พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ ของการป้องกันมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุดา ใจห้าว, จิราวรรณ คล้ายวิเศษ และกรรณิการ์ แสงประจง<sup>(15)</sup> พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อยู่ในระดับสูง แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

### 3. เพื่อศึกษาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยเจริญพันธุ์ อําเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเป็นคนในพื้นที่ ประกอบอาชีพ ค้าขายและเกษตรกร ซึ่งส่วนใหญ่เข้า รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใกล้บ้าน และพบประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของ บุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของบังอร สุภาเกตุ และจงมณี สุริยะ<sup>(26)</sup> พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของ บุคคลในครอบครัวหรือญาติสายตรง โดยอันดับแรก คือ พ่อแม่ รองลงมาคือ พี่น้อง และด้านพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม พบว่า ไม่มีความสม่ำเสมอ ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากทำงานและดูแล ครอบครัวทำให้ไม่มีเวลาดูแลตนเอง และไม่มีเวลาตรวจ เต้านมด้วยตนเอง และโดยส่วนใหญ่จะตรวจก็ต่อเมื่อ

เกิดความกังวลเมื่อได้รับข่าวการเจ็บป่วยของผู้อื่นที่ป่วย เป็นโรคมะเร็งเต้านม ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วย ตนเอง และความถูกต้องของช่วงเวลา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ แต่ขาดความชำนาญ และความถูกต้อง เนื่องจากนานๆปฏิบัติ ทำให้ลืมขั้นตอนการตรวจ สอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์ ชุมหล่อ<sup>(27)</sup> โดยแนะนำให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ และทักษะการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง กำหนดยุทธศาสตร์ และรูปแบบ กลวิธีเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง สำหรับหน่วย บริการสาธารณสุขควรจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่ทั้งการให้ความรู้ สอนสาธิต ทักษะฝึกปฏิบัติ การเต้านมด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความชำนาญและมั่นใจ ในการปฏิบัติ สามารถนำไปถ่ายทอดให้กับสตรีในพื้นที่ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น ตลอดจน มีการติดตามประเมินผลทุกเดือนต่อไป แต่ยังคงมีความเห็น ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และเป็นการคัดกรองเบื้องต้นที่ดีที่สุด แต่ในกลุ่มตัวอย่าง บางส่วนยังมีความคิดเห็นดังนี้ อายุยังน้อย ยังไม่ได้แต่งงาน หรือยังโสด และคนในครอบครัวไม่มีประวัติการเป็น โรคมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่จะปฏิเสธเมื่อต้องเข้ารับ การตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบังอร สุภาเกตุ และจงมณี สุริยะ<sup>(26)</sup> พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจ เต้านมด้วยตนเองมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการตรวจเต้านม ด้วยตนเองในเชิงบวก เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพบสิ่งผิดปกติในระยะแรกทำให้รักษาได้เร็วขึ้น มีโอกาสหายขาดมากขึ้น และท่านรู้สึกอภัยในการให้คนอื่น ดูหรือคลำเต้านมเพื่อตรวจหาก่อนที่เต้านม แต่ก็พบว่าข้อ ที่มีความเห็นมากที่สุด คือ การประชาสัมพันธ์/รณรงค์/ อสม.ช่วยกระตุ้นเตือนบ่อยๆ ทำให้อยากตรวจเต้านม ด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน อีกทั้งการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง เป็นการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมเบื้องต้นที่ดีที่สุด และสามารถทำได้ที่บ้านเมื่อสะดวก และมีเวลาว่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบังอร สุภาเกตุ และ จงมณี สุริยะ<sup>(26)</sup> พบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองและพบสิ่ง ผิดปกติในระยะแรกทำให้รักษาได้เร็วขึ้นมีโอกาสหายขาด มากขึ้น และท่านเป็นคนแรกที่สังเกตเห็นหรือคลำสิ่ง

ผิดปกติที่เต้านม แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรคของในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีความมั่นใจในทักษะและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบกับมีหลายขั้นตอน ทำให้ยากต่อการจำ จึงส่งผลให้ไม่ได้ปฏิบัติ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมุ่งเน้นไปทางด้านการศึกษาประกอบอาชีพ ทำให้ละเลยการตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์ ชุมหล่อ<sup>(27)</sup> พบว่าการเข้าถึงความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม, ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านม, ระดับการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ต้องอาศัยบุคลากรสาธารณสุข แกนนำสุขภาพ และการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่เชิงรุกประจำทุกเดือน มีการติดตามประเมินประเมินอย่างต่อเนื่อง จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมด้วยวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และมีข้อเสนอแนะ คืออยากให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องโดยการสอนฝึกปฏิบัติ และมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า เมื่อประชาชนมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง รวมไปถึงการกระตุ้นเตือน จะส่งผลให้ประชาชนมีความใส่ใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์ ชุมหล่อ<sup>(27)</sup> เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปสามารถตรวจเต้านมตนเองได้อย่างถูกต้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างอยากให้มีความรู้เกี่ยวกับตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องโดยการสอนฝึกปฏิบัติ และมีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า เมื่อมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง รวมไปถึงการกระตุ้นเตือน จะส่งผลให้ประชาชนมีความใส่ใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ อาทิ

เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและสวัสดิการมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กรมราชทัณฑ์ ควรนำผลวิจัยครั้งนี้ไปใช้วางแผนรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเฉพาะสตรีวัยเจริญพันธุ์

2. เนื่องจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจาก อาทิ ครอบครัว เพื่อนฝูง บุคลากรทางการแพทย์/อสม.กระตุ้นให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน ดังนั้น ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายและทิศทางการดำเนินงานของบุคลากรทางการแพทย์/อสม.เน้นการทำงานเชิงรุกในการรณรงค์ส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือนและการตรวจเต้านมให้ถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะในงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง โดยประยุกต์แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง ในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมให้หญิงวัยเจริญพันธุ์สามารถตรวจเต้านมตนเองได้อย่างถูกต้อง
2. ควรมีการศึกษารูปแบบโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองและการประเมินผลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. ควรมีการศึกษาวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองและแนวทางการกระตุ้นเตือนการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยบุคลากรทางการแพทย์

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคมะเร็งในประเทศไทย ปี 2565. สืบค้น 20 มกราคม 2567, จาก <https://www.bio-active.co.th>
2. องค์การอนามัยโลก. ข้อมูลอัตราอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตโรคมะเร็งเต้านมโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/>

3. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. วันต่อต้านโรคมะเร็งแห่งชาติ: 5 ท่า 5 ไม่น่าหวั่นกลัวโรคมะเร็ง.2561 นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
4. องค์การอนามัยโลก. ข้อมูลโรคมะเร็ง.[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. (2566). ระบบฐานข้อมูลเกิด ตาย (กยผ.) MIS สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2566) สืบค้น 25 มกราคม 2567, จาก ระบบฐานข้อมูลเกิด ตาย (กยผ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร.
6. Navikanupap, N., Khumtong, N., Patamyarte, N., Nueanil, T., & Suksawang, T. Study motivation and breast self-examination behavior among reproductive women in capital district of Surin. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 2013; 3(1), 1-11.
7. Gencturk, N., Demirezen, E., & Ay, F. Health beliefs of midwifery students at Istanbul University about breast cancer and breast self-examination acknowledgements. *Journal of Cancer Education*.2017;32(4), 784–789.
8. Noroozi, A., Jomand, T., & Tahmasebi, R. Determinants of breast self-examination performance among Iranian women: An application of the health belief model. *Cancer Education*.2011;26, 365–374.
9. Jittanoon, P., Wangtakan, S., & Jankrajang, W. Factors influencing breast self-examination behavior among women in Korhong sub-district municipality of Hat Yai. *Songklanakarind medical journal*. 2009;27(2),154 -165.
10. Maiman, L. A., & Becker, M. H. The health belief model: Origin and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*. 1974;2(4), 336-353.
11. Kangkatkit, B., Rabeab, P., & Aeumraksa, S. Factors influencing practice of breast self-examination in Thai woman. *Thai Journal of Nursing Council*. 2000;14(3), 24-36.
12. Daniel, W. W. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. 1995. New York: Wiley & Sons.
13. วาสนา เหมือนมี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 2557;9(2). 156-165.
14. กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตตา วานิชย์บัญชา. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. 2558. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์สามลดา.
15. สุดา ใจห้าว, จิราวรรณ คล้ายวิเศษ และกรรณิการ์ แสงประจง.ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนักศึกษาหญิงมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารพยาบาลตำรวจ*,2561;10(1),154-163.
16. บุญธิสา สารธ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของประชากรเพศหญิงในจังหวัดกรุงเทพมหานคร.[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:<https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin92/6214155565.pdf>
17. จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในสตรีกลุ่มเสี่ยง. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 2562;26(3), 13-24
18. House, L. Locating microearthquakes induced by hydraulic fracturing in crystalline

- rock. Geophysical Research Letters, 1987;14(9), 919-921.
19. พัชยา ภักจีรสกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยใน จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ปี 2559.
  20. ปฐญาภรณ์ ลาลูนและคณะ. พฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มา รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมโรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.วารสารการแพทย์และ วิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2554;18(3): 160-69.
  21. ประไพ ปิยจันทร์, ชลิดา แซ่มเจริญ, เสาวณีย์ ระพีพรกุล และสุรินทร์ มากไมตรี. ความสัมพันธ์ ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมของสตรี ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีสเทียณ,2564; 8 (2),1-16.
  22. Pender, N. J. Health promotion innursing practice (3rd ed.). 1996. Stamford, Conn: Appleton & Lange.
  23. วชิรวิงค์ หวังมัน, ดวงกมล ปนเฉลียว และ ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล. ประสิทธิภาพของโปรแกรม ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านม ด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของนักศึกษา พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัด สุรินทร์. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรม ราชชนนี สุรินทร์, 2564;11(1), 1-14.
  24. กนกวรรณ ฉันทนะมงคล, บุบผา วิริยรัตนกุล และดวงใจ ลิมตโสภณ. ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วย ตนเองของสตรีในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทร ปราการ. สำนักพิมพ์: มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ.[อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึง เมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก:[https:// has.hcu.ac.th/jspui/handle/123456789/ 1119](https://has.hcu.ac.th/jspui/handle/123456789/1119).
  25. Janz, N. K., & Becker, M. H. Thehealth- beliefmodel: Adecadelater. Health Education Quarterly,1984; 11(1), 1-47.
  26. บังอร สุภาเกตุ และจงมณี สุริยะ. รายงานผล การวิจัยเรื่อง การประเมินผลพฤติกรรมการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยภายใต้ โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระย่า ต้านภัยมะเร็ง เต้านม. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://hp.anamai.moph.go.th/th/ kmresearchperson/download/?did= 204913&id=73784&reload=](https://hp.anamai.moph.go.th/th/kmresearchperson/download/?did=204913&id=73784&reload=)
  27. วิภารัตน์ ชุมหล่อ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ของสตรี อายุ 30-70 ปี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแสงวิมาน ตำบล คลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนคร ศรีธรรมราช.[อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://hpc11. anamai.moph.go.th/webupload/36xdf 1a160968c82](https://hpc11.anamai.moph.go.th/webupload/36xdf1a160968c82)

# ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

## Factors affecting the quality of life of the elderly; In Nongphayom Sub district, Taphanhin District, Phichit Province.

พิชญ์ พิมพ์เมือง ส.บ.<sup>(1)</sup>

นพมาศ ช้างเดชา พย.บ.<sup>(2)</sup>, ทฤษฎี พิมพ์เมือง พย.บ.<sup>(3)</sup>

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพยอม

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยแบบ Mixed Method มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร 322 คน และตัวแทนผู้สูงอายุ จำนวน 11 คน โดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Correlation) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปร

ผลวิจัยพบว่าระดับของปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายระดับมากที่สุดคือการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ด้านจิตใจมากที่สุดคือความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมากที่สุดคือความพึงพอใจที่ได้ผูกมิตรกับคนอื่น ด้านสภาพแวดล้อมมากที่สุด คือชีวิตความเป็นอยู่ภาพรวม แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุพบว่าความแข็งแรงของร่างกายส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด ความพึงพอใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด ความพึงพอใจที่ได้ผูกมิตรกับคนอื่นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสังคมมากที่สุด ชีวิตความเป็นอยู่ภาพรวมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมมากที่สุด

ผลที่ได้จากงานวิจัยในนี้จะนำไปเป็นประโยชน์ที่จะนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัยในตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตรต่อไป

**คำสำคัญ :** คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

### Abstract

This research is mixed methods. The objective is to study levels of the quality of life of the elderly. to study factors influencing the quality of life of the elderly and to study guidelines to develop the quality of life of the elderly in Nongphayom Sub district, Taphanhin District Phichit Province The sample group was elderly people in Nongphayom Sub district.Taphanhin District Phichit Province, 322 people and 11 representatives of the elderly using questionnaires and focus groups. Data were analyzed using descriptive statistics and Simple correlation analysis was used. (Correlation) to find relationships between variables.



The research found that the level of factors that most affect the quality of physical life is changes in the body. The most psychological aspect is the satisfaction of being able to do everyday things, the aspect of social relationships. The greatest is the satisfaction of making friends with others. The most environmental aspect is life as a whole. Guideline for improving the quality of life of the elderly found that physical strength has the greatest impact on physical quality of life. Satisfaction with daily activities has the greatest impact on psychological quality of life. Satisfaction in making friends with others has the greatest impact on social quality of life. The overall quality of life affects the quality of life in the environment the most.

The results from this research will be useful as guidelines for improving the quality of life of the elderly to support entering the aging society in Nong phayom Sub district. Taphanhin District Phichit Province next

**Keywords:** Quality of life, Elderly people

## บทนำ

ปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเป็นสถานการณ์ที่ทุกประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญ โครงสร้างประชากรของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง องค์การสหประชาชาติได้ให้นิยาม “ผู้สูงอายุ” คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด โดยคำว่า “สังคมผู้สูงอายุ” องค์การสหประชาชาติแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) คือการมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) คือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศและสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ<sup>(1)</sup> สังคมผู้สูงอายุจะมีผลกระทบสำคัญต่อเศรษฐกิจมหภาคหลายประการ สิ่งก็ตามมาจากการเปลี่ยนแปลงนี้คืออัตราส่วนพึ่งพิงในวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เพิ่มขึ้นตามไปด้วย

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ รัฐบาลมีนโยบายที่สำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับ

ประชากรสูงอายุ หลายหน่วยงานตื่นตัวในการเตรียมการที่จะดูแลสังคมผู้สูงอายุ ในทุกๆ ด้าน ทั้งความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยทำให้อัตราการเกิดน้อยลง ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ซึ่งประเทศไทยเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ : Aged Society ในปี 2556<sup>(2)</sup> จากปัญหาดังกล่าวทำให้แนวโน้มผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เชื้อรา โรคซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตเพียง ขณะที่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ไม่เป็นโรค และมีผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพียงร้อยละ 56<sup>(3)</sup> จึงเป็นที่มาของการจัดบริการและทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากขึ้น ประกอบด้วยมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลตนเองเบื้องต้น มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ มาตรการด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เข้าถึงข่าวสารและสื่อ และมาตรการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย<sup>(4)</sup> เพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตัดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บ

ป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและทำอะไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยทีมสหวิชาชีพในระดับปฐมภูมิซึ่งจัดบริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและท้องถิ่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี<sup>(5)</sup>

คุณภาพชีวิตนั้นมีการให้ความหมายในทัศนะต่างๆ ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่จะนำแนวคิดนี้ไปใช้ โดยกระทรวงสาธารณสุขให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงการดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง และคุณภาพชีวิตของประชาชนจะตีความถึงครอบครัวนั้นหรือชุมชนนั้นได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานครบถ้วนทุกประการ และกล่าวว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างขวางเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลและเกี่ยวกับสภาพที่ตนเป็นอยู่ มีอยู่ ได้รับอยู่ และปฏิบัติเป็นประจำ<sup>(6)</sup> และชีวิตมีความมั่นคง World Health Organization (2001)<sup>(7)</sup> ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ความพึงพอใจและสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตทางสังคม โดยจะมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยมมาตรฐานของสังคมและสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการและการบริการในด้านต่างๆ ตลอดจนลักษณะทางการเมืองปกครอง สังคมที่อยู่อาศัยสรุปแล้วคุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกพอใจของบุคคลต่อองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่มีส่วนสำคัญมากที่สุดขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

ในปี 2566 จังหวัดพิจิตรมีประชากรทั้งสิ้น 523,382 คน มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 122,858 คน คิดเป็น ร้อยละ 23.47 อำเภอตะพานหิน มีประชากรจำนวน 64,165 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 15,841 คน มีสัดส่วนผู้สูงอายुर้อยละ 24.68 ตำบลหนองพยอม มีประชากร 6,724 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,587 คน (ทะเบียนราษฎร) และจาก

การสำรวจที่อยู่จริงทั้งหมด 1,226 คน ซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นลำดับต้นๆ ของอำเภอที่ ร้อยละ 23.60 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูล พ.ศ. 2560-2565 พบว่าแนวโน้มของอัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ตำบลหนองพยอมได้เข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ มีจำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงคิดเป็นร้อยละ 1.95 มีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.18 ซึ่งเป็นอัตราป่วยที่ค่อนข้างสูง<sup>(8)</sup>

จากข้อมูลข้างต้นและตำบลหนองพยอมเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายด้านชาติพันธุ์ เศรษฐกิจ สังคม และปัญหาด้านสุขภาพ ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองพยอมเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านนี้ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
3. เพื่อศึกษาแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

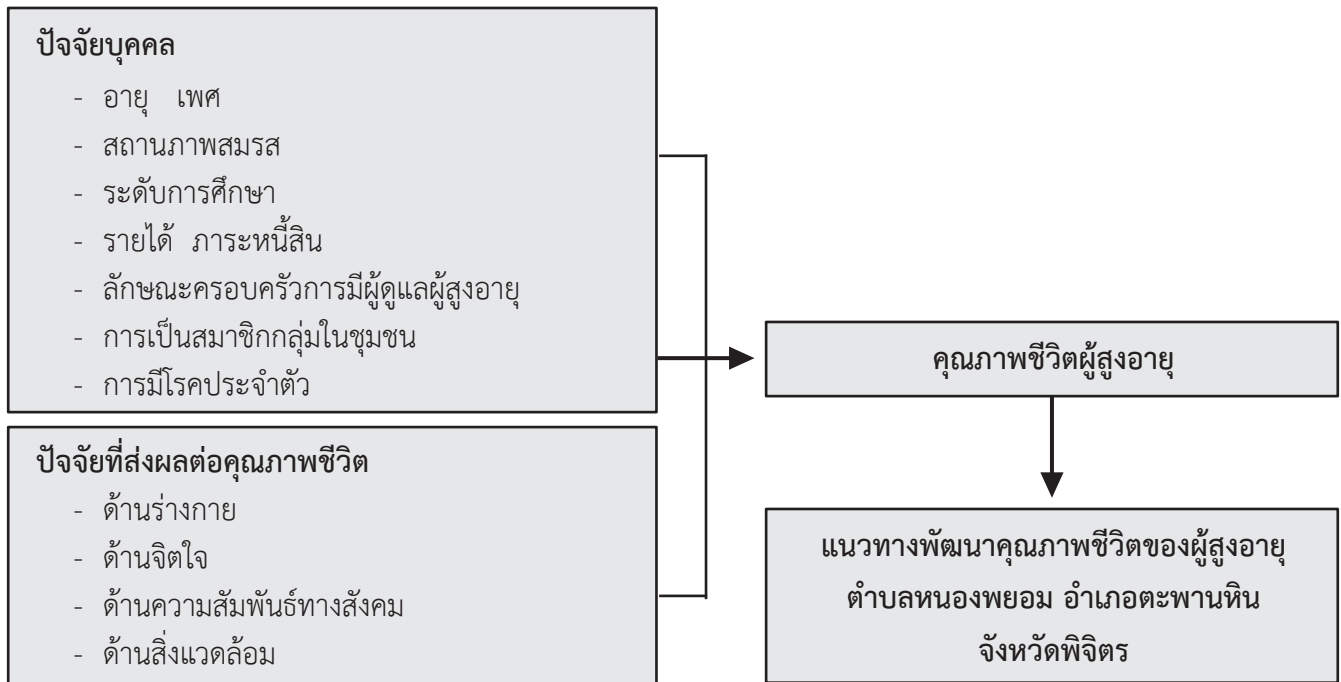
### สมมติฐาน

1. ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษารายได้ ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน และภาระหนี้สิน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
2. มิติสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสานวิธี (Mix Method) ซึ่งเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

### ขอบเขตของการศึกษา

ขอบเขตของการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ตัวแปรด้านพื้นที่ ศึกษาในพื้นที่ตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

2. ขอบเขตด้านประชากร ประชากรในการวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่มีทะเบียนบ้านและพักอาศัยอยู่ในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ในปี พ.ศ. 2566 จากการสำรวจที่อยู่จริงทั้งหมด 1,226 คน จากทั้งหมด 11 หมู่บ้านในตำบลหนองพยอม

2.1 ประชากรในเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือ โดยการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตร Taro Yamane<sup>(9)</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 306 คน จากการสุ่มตัวอย่างตามจำนวนสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้านตามร้อยละที่กำหนด โดยเพิ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันความผิดพลาดคลาดเคลื่อน อีกร้อยละ 5 (16 คน) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 322 คน

คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่ม ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ ต้องสามารถสื่อสารได้ดี เคลื่อนไหวร่างกายได้สะดวก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาของการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ขาดความพร้อมระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูล

2.2 ประชากรที่ใช้ศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม โดยวิธีเลือกแบบจำเพาะเจาะจงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ให้การยอมรับให้เป็นตัวแทนจาก 11 หมู่บ้านของตำบลหนองพยอม จำนวน 11 คน จากหลากหลายตำแหน่งหน้าที่ในชุมชน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถาม มี 2 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกกลุ่มต่างๆ ในชุมชน และภาระหนี้สิน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากแบบวัดระดับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และ การศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 2 เป็นการโดยใช้สนทนากลุ่ม (Focus group) คือ ด้วยคำถามปลายเปิด หัวข้อสนทนาคือ มิติสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>(10)</sup> ปัญหาหรืออุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้ง 4 มิติของผู้สูงอายุ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

1. แบบสอบถามการวิจัย มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา คำนวณหาค่า IOC<sup>(11)</sup> ได้เท่ากับ 0.95

2. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรผู้สูงอายุในเขตตำบลวังหลุม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการวิเคราะห์ ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient)<sup>(12)</sup> ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92

### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุข

ตารางที่ 1 จำนวนและค่าร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 322	ร้อยละ
1.	อายุ		
	60 – 69 ปี	156	48.44
	70 – 79 ปี	117	36.34
	80 ปี ขึ้นไป	79	15.22
2.	เพศ		
	ชาย	146	45.34
	หญิง	176	56.66

จังหวัดพิจิตร เลขที่โครงการวิจัย 11/2566 ลงวันที่ 11 ก.ย.2566

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและถึงประธานชมรมผู้สูงอายุ, โรงเรียนผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ กำหนดวัน เวลา สถานที่ ในการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

ขั้นตอนดำเนินการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 322 คน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การเก็บข้อมูลโดยการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ที่เข้าร่วมจำนวน 11 คน โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ มีผู้จดบันทึก ผู้ถ่ายภาพนิ่ง และทบทวนตรวจสอบหัวข้อในการสนทนากลุ่ม เพื่อให้การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปใช้วิเคราะห์โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (Correlation) เพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปร

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง



ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N = 322	ร้อยละ
3	<b>สถานภาพ</b>		
	โสด	17	5.28
	สมรส	170	52.79
	ม่าย	15	4.66
	หย่าร้าง (คู่สมรสเสียชีวิต)	109	33.85
	แยกกันอยู่	11	3.42
4.	<b>ระดับการศึกษา</b>		
	ประถมศึกษา	278	86.34
	มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	15	4.65
	มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6)	6	1.86
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	2	0.62
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	1	0.32
	ปริญญาตรี	2	0.62
	อื่นๆ	18	5.59
5.	<b>รายได้ต่อเดือน</b>		
	น้อยกว่า 3000 บาท/เดือน	199	61.82
	3000-5000 บาท/เดือน	89	27.63
	มากกว่า 5000 บาท/เดือน	34	10.55
6.	<b>แหล่งรายได้หลัก</b>		
	การประกอบอาชีพ	114	35.40
	บำนาญ	4	1.24
	สวัสดิการของรัฐ	110	34.16
	บุคคลในครอบครัว	80	24.85
	อื่นๆ ระบุ	14	4.35
7.	<b>การอยู่อาศัย/มีผู้ดูแล</b>		
	บุตร/ธิดา	109	33.85
	คู่สมรส	152	47.20
	อยู่คนเดียว	36	11.18
	ญาติ	13	4.05
	อื่นๆ	12	3.72
8.	<b>การมีผู้ดูแล</b>		
	มีผู้ดูแล	310	96.27
	ไม่มีผู้ดูแล	12	3.73
9.	<b>การมีโรคประจำตัว</b>		
	ไม่มีโรคประจำตัว	96	29.82
	มีโรคประจำตัว	226	70.18
10.	<b>สมาชิกกลุ่มในชุมชน/หมู่บ้าน</b>		
	ไม่ได้เป็นสมาชิก	65	20.18
	เป็นสมาชิก	257	79.82
11.	<b>การมีภาระหนี้สิน</b>		
	ไม่มีภาระหนี้สิน	176	54.66
	มีภาระหนี้สิน	146	45.34



จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำนวน 322 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.44 รองลงมาอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.34 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.66 รองลงมาคือ เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 45.34 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ สมรส คิดเป็นร้อยละ 52.79 รองลงมาคือ หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) คิดเป็นร้อยละ 33.85 ระดับการศึกษาคือ ประถมศึกษา (ป.4, ป.6, ป.7) คิดเป็นร้อยละ 86.34 รองลงมาคือ อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 5.59 รายได้ส่วนใหญ่ น้อยกว่า

3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 61.82 รองลงมาคือ ระหว่าง 3,001-5,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 27.63 แหล่งรายได้หลักคือการประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 35.40 รองลงมาได้รับจากสวัสดิการของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 34.16 การอาศัยส่วนใหญ่อยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 47.20 รองลงมาคืออาศัยอยู่กับบุตร/ธิดา คิดเป็นร้อยละ 33.85 มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 96.27 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.18 ไม่ได้เป็นสมาชิกของกลุ่มในชุมชน/หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 79.82 ไม่มีภาระหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 54.66

**ตารางที่ 2** แสดงผลการวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร (n = 322)

องค์ประกอบ	Mean	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านร่างกาย	3.51	0.68	มาก
ด้านจิตใจ	3.54	0.80	มาก
ด้านความสัมพันธ์สังคม	3.80	0.75	มาก
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.88	0.75	มาก
<b>คุณภาพชีวิตโดยรวม</b>	<b>3.71</b>	<b>0.60</b>	<b>มาก</b>

จากตารางผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง จำแนกตามรายด้าน ดังนี้ ด้านร่างกายพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ด้านจิตใจพบว่าผู้สูงอายุ

มีคุณภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับสูง ด้านสภาพแวดล้อมพบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพด้านสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับสูง

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร (n = 322)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต	b	$\beta$	S.E	p-value
<b>ด้านร่างกาย ( 1 Y )</b>				
ความแข็งแรงของร่างกาย ( 1 V )	0.096	0.133	0.044	0.031*
ความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตา ( 2 V )	0.128	0.177	0.038	0.001*
พละกำลังที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน ( 3 V )	0.128	0.199	0.040	0.001*
ความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยทำมา ( 4 V )	0.124	0.175	0.042	0.004*
การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ( 5 V )	0.144	0.188	0.042	0.001*

ค่าคงที่ (a) = 0.492, est SE =  $\pm 0.428$

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต	b	$\beta$	S.E	p-value
<b>ด้านจิตใจ ( 2 Y )</b>				
ความมั่นใจและพึงพอใจในตนเอง ( 6 V )	0.152	0.209	0.034	0.000**
การนอนหลับอย่างเพียงพอ ( 7 V )	0.133	0.201	0.029	0.000**
การมีสมาธิในการทำงาน ( 8 V )	0.128	0.183	0.032	0.000**
ความรู้สึกเหงา เศร้า สิ้นหวัง วิตกกังวล ( 9 V )	0.061	0.118	0.017	0.000**
ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวัน ( 10 V )	0.175	0.257	0.035	0.000**
การเห็นคุณค่าของชีวิต ( 11 V )	0.088	0.122	0.034	0.010*
<b>ค่าคงที่ (a) = 0.665, est SE = <math>\pm 0.347</math></b>				
<b>ด้านทางสังคม ( 3 Y )</b>				
ความพึงพอใจที่ได้ผู้กมิตร์กับคนอื่น ( 12 V )	0.146	0.197	0.032	0.000**
ความพึงพอใจต่อการใช้บริการสาธารณสุข ( 13 V )	0.070	0.096	0.028	0.014*
การไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ( 14 V )	0.118	0.185	0.026	0.000**
การรับรู้ข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน ( 15 V )	0.112	0.148	0.031	0.000**
ความพอใจกับการช่วยเหลือจากคนอื่น ( 16 V )	0.008	0.010	0.033	0.812
การดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ( 17 V )	0.120	0.171	0.034	0.000**
ความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากหน่วยงานท้องถิ่น ( 18 V )	0.113	0.159	0.028	0.000**
ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกลุ่มชุมชน ( 19 V )	0.049	0.070	0.027	0.075
ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ( 20 V )	0.102	0.138	0.037	0.007*
<b>ค่าคงที่ (a) = 0.720, est SE = <math>\pm 0.318</math></b>				
<b>ด้านสภาพแวดล้อม ( 4 Y )</b>				
ความพอใจต่อที่อยู่อาศัย ( 21 V )	0.079	0.110	0.033	0.018*
ความพอใจต่อสภาพแวดล้อมบรรยากาศในชุมชน ( 22 V )	0.082	0.112	0.040	0.042*
ความปลอดภัยในการใช้ชีวิตในแต่ละวัน ( 23 V )	0.146	0.189	0.046	0.002*
ความผ่อนคลายต่อสภาพแวดล้อมในบ้าน ( 24 V )	0.106	0.149	0.041	0.009*
ชีวิตความเป็นอยู่ภาพรวม ( 25 V )	0.166	0.229	0.040	0.000**
การพึ่งพาได้ของชุมชน ( 26 V )	0.156	0.197	0.037	0.000**
สภาพแวดล้อมรอบ ๆ บ้าน ( 27 V )	-0.019	-0.028	0.034	0.572
<b>ค่าคงที่ (a) = 0.641, est SE = <math>\pm 0.360</math> R<sup>2</sup> = 0.934</b>				

\*\* P&lt;.001, \*P &lt;0.5

สรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มีทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย (p-value = 0.031) ความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตา (p-value = 0.001) พละกำลังที่จะทำสิ่งต่างๆใน

แต่ละวัน (p-value = 0.001) ความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยทำมา (p-value = 0.004) และการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (p-value = 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

( $b = 0.144$ ) โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ  $\pm 0.428$

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มีทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ ความมั่นใจและพึงพอใจในตนเอง ( $p\text{-value} = 0.000$ ) การนอนหลับอย่างเพียงพอ ( $p\text{-value} = 0.000$ ) การมีสมาธิในการทำงาน ( $p\text{-value} = 0.000$ ) ความรู้สึกเหงา เศร้า สิ้นหวัง วิตกกังวล ( $p\text{-value} = 0.000$ ) ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน ( $p\text{-value} = 0.000$ ) และการเห็นคุณค่าของชีวิต ( $p\text{-value} = 0.010$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด คือ ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน ( $b = 0.175$ ) โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ  $\pm 0.665$

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ ความพึงพอใจที่ได้ผูกมิตรกับคนอื่น ( $p\text{-value} = 0.000$ ) การไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ( $p\text{-value} = 0.000$ ) ความพอใจกับการช่วยเหลือจากคนอื่น ( $p\text{-value} = 0.000$ ) และความพึงพอใจต่อการช่วยเหลือจากหน่วยงานท้องถิ่น ( $p\text{-value} = 0.000$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมากที่สุด คือ ความพึงพอใจที่ได้ผูกมิตรกับคนอื่น ( $b = 0.146$ ) โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์ เท่ากับ  $\pm 0.235$

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มีทั้งหมด 6 ปัจจัย ได้แก่ ความพอใจต่อที่อยู่อาศัย ( $p\text{-value} = 0.018$ ) ความพอใจต่อสภาพแวดล้อมบรรยากาศในชุมชน ( $p\text{-value} = 0.042$ ) ความปลอดภัยในการใช้ชีวิตในแต่ละวัน ( $p\text{-value} = 0.002$ ) ความผ่อนคลายต่อสภาพแวดล้อมในบ้าน ( $p\text{-value} = 0.009$ ) ชีวิตความเป็นอยู่ภาพรวม ( $p\text{-value} = 0.000$ ) และการพึงพาได้ของชุมชน ( $p\text{-value} = 0.000$ ) โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมมาก

ที่สุด คือ ชีวิตความเป็นอยู่ภาพรวม ( $b = 0.166$ ) โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ  $\pm 0.360$

## การสนทนากลุ่มในการวิจัยเชิงคุณภาพ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เป็นตัวแทนที่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั้ง 11 หมู่บ้านของตำบลหนองพยอม จากหลากหลายตำแหน่งและสาขาอาชีพ จำนวน 11 คน

ผู้นำชุมชน 3 คน สมาชิกเทศบาล 2 คน

ปราชญ์ชุมชน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข 4 คน  
ข้าราชการบำนาญ 1 คน

## หัวข้อปัญหาอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

(ผู้วิจัย) ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไร

สรุปประเด็นที่ได้ (กลุ่มสนทนา) ปัญหาด้านเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งสินค้าเครื่องอุปโภคบริโภค ค่าน้ำค่าไฟ แต่มีรายได้เท่าเดิมหรือน้อยลงจากหลายๆ สาเหตุ รายได้ส่วนใหญ่จากเงินสวัสดิการของรัฐที่ยังน้อยเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายต่อเดือน

(ผู้วิจัย) ปัญหาด้านสภาพแวดล้อมในบ้าน บริเวณที่อยู่อาศัย และภายในชุมชนที่อาศัยอยู่ มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือไม่ เพราะเหตุใด

สรุปประเด็นที่ได้ (กลุ่มสนทนา) ปัญหาด้านสภาพแวดล้อมในบ้าน บริเวณบ้านและภายในชุมชนมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุค่อนข้างมาก มีบางบ้านของผู้มีรายได้น้อยที่ชำรุดทรุดโทรมอาจเกิดอุบัติเหตุอันตรายกับผู้อยู่อาศัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ พบขยะจากสิ่งของเหลือใช้ที่ขังน้ำเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายต้นเหตุของโรคไข้เลือดออกซึ่งกำลังระบาดอยู่ ถนนแคบมีปัญหาทางโค้งเป็นมุมอับมองไม่เห็นรถสวนทางมา แสงสว่างริมทางไม่เพียงพออาจมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นได้

(ผู้วิจัย) ปัญหาด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หรือไม่ เพราะเหตุใด

สรุปประเด็นที่ได้ (กลุ่มสนทนา) ปัญหาสุขภาพ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุค่อนข้างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่จะมีโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย เช่น ปวดข้อปวดเข่า วิงเวียน กินไม่ค่อยได้นอนไม่หลับ และส่วนมากที่มีโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้ที่รายได้น้อยๆแล้วมีโรคที่ต้องดูแลรักษา หรือผู้สูงอายุที่อยู่กันเพียงลำพังคนเดียวหรือไม่มีคนดูแล ด้านจิตใจมีความวิตกกังวลในการเลี้ยงชีพจากรายได้น้อยหรือบางคนมีเพียงเบี้ยยังชีพเท่านั้น ทำให้สภาวะจิตใจห่อเหี่ยวซึมเศร้า

(ผู้วิจัย) ปัญหาด้านสังคมและระบบสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือไม่เพราะเหตุใด

สรุปประเด็นที่ได้ (กลุ่มสนทนา) ปัญหาด้านสังคมและระบบสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบ้างในเรื่องการอยู่กันลำพังหรืออยู่กันโดยไม่มีผู้ดูแล ในชุมชนเริ่มอยู่แบบบ้านใครบ้านมันไม่ค่อยสนใจกันเหมือนก่อนและปัญหาหาเสพติดที่มีมากขึ้นทำให้เกิดความกังวลใจในการดูแลทรัพย์สิน การอยู่กันแบบบ้านใครบ้านมันหรือไม่มีการสื่อสารหรือกิจกรรมที่ทำร่วมกัน

(ผู้วิจัย) แนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ที่ผ่านมาทุกท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างไรบ้าง

สรุปประเด็นที่ได้ (กลุ่มสนทนา) มีผู้ร่วมสนทนาหลายท่านที่อยู่ในส่วนของผู้นำชุมชน ทีมผู้บริหารในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลให้ดีขึ้นในด้านเงินสวัสดิการ ที่การซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การดูแลสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพและส่งเสริมกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ในส่วนของประชาชนต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ช่วยกันสอดส่องดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน เพื่อเอาข้อมูลไปเสนอให้ทีมผู้นำ ทีมผู้บริหารต่อไป

(ผู้วิจัย) ท่านคิดว่าใครควรเข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุบ้าง

สรุปประเด็นที่ได้ (กลุ่มสนทนา) บทบาทในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทุกคนทุกฝ่ายที่อยู่ในชุมชนร่วมทั้งผู้สูงอายุด้วยกันให้มีบทบาทต่างๆ กันไป และต้อง

นำมาเสนอ มาประสานกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

## สรุปผลการศึกษา

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ส่งต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ( $b = 0.144$ ) โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ  $\pm 0.428$  ปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คือโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ได้จากการสนทนากลุ่มคือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและคนในครอบครัว ควรเรียนรู้ถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุมถึงวิธีการส่งเสริม ป้องกันและดูแลสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อีกยาวนานด้วยสุขภาพที่ดี

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ส่งต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด คือ ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวัน ( $b = 0.175$ ) โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ  $\pm 0.665$  ปัญหาที่มีผลกระทบคือ ปัญหาที่มีความกังวลด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุมีรายได้น้อย 61.82% มีหนี้สิน 45.34% แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ได้จากการสนทนากลุ่มคือการดูแลด้านสวัสดิการผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้มีอาชีพเสริมเพิ่มรายได้ การส่งเสริมสนับสนุนการซื้อขายของกันภายในชุมชน

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ส่งต่อคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมากที่สุด คือ ความพึงพอใจที่ได้ผูกมิตรกับคนอื่น ( $b = 0.234$ ) โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ  $\pm 0.235$  ปัญหาที่มีผลกระทบคือผู้สูงอายุที่อยู่กันเพียงลำพังคนเดียวหรือไม่มีคนดูแลมีผลด้านจิตใจทำให้เกิดภาวะหดหู่ ซึมเศร้า แนวทาง

การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ได้จากการสนทนากลุ่มคือคนในครอบครัวควรวางกิจกรรมหรือหาเวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารร่วมกัน พาผู้สูงอายุไปวัด ทำบุญ ไหว้พระ สวดมนต์ นั่งสมาธิ เพื่อให้จิตใจสงบ ส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีบทบาท มีส่วนร่วม

ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่ส่งต่อคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมมากที่สุด คือ ความเป็นอยู่ภาพรวม ( $b = 0.166$ ) โดยมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ  $\pm 0.360$  ปัญหาที่มีผลกระทบคือ บ้านผู้มีรายได้น้อยชำรุดทรุดโทรม ขณะที่เกิดจากสิ่งของเหลือใช้แหล่งโรค แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ได้จากการสนทนากลุ่มคือ การหางบประมาณจากแหล่งต่างๆ ซ่อมแซมบ้านให้ผู้มีรายได้น้อยการจัดการเกี่ยวกับคัดแยกขยะกับสิ่งของเหลือใช้ธนาคารขยะ

## การอภิปรายผล

ผลการวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. จากผลการวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองอยู่ในระดับสูงทั้งรายด้านและโดยรวม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60 - 69 คิดเป็นร้อยละ 48.44 ซึ่งกลุ่มนี้จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระยังไม่มาก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง มีรายได้ไม่เพียงพอสอดคล้องกับรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>(1)</sup> ที่รายงานว่าผู้สูงอายุไทย ร้อยละ 52.00 รู้สึกว่ารายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สินถึงร้อยละ 60.00 สภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุยังมีรายได้ไม่เพียงพอ และไม่มีเงินเก็บออม แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างเริ่มมีการพึ่งพาคนอื่น เนื่องจากเริ่มมีปัญหาสุขภาพและพบมีโรคประจำตัวซึ่งสอดคล้องกับจิรัฐดา คำสีเขียวและคณะ<sup>(13)</sup>

พบว่าประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.4) มีรูปร่างปกติหรือสมส่วน ในขณะที่หนึ่งในสามค่อนข้างผอม (ร้อยละ 35.5) ส่วนผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่าสามในสี่ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ร้อยละ 73.3) การประเมินภาวะสุขภาพโดยผู้สัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มติดสังคมและติดบ้าน ร้อยละ 49.2 และ 47.7 ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุป่วยติดเตียงร้อยละ 3.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ประเมินภาวะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี (ร้อยละ 59.6 และ 25.9 ตามลำดับ) และพิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ<sup>(14)</sup> ได้ศึกษาเรื่อง “การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงวัยไทยในภาคตะวันออก” ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกของไทยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.00 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (The young old) ช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นช่วงที่ต้องพบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติในหลายๆ ด้าน เช่น การเกษียณอายุการทำงานช่วงวัยนี้ยังเป็นคนที่แข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง และยังมีสมรรถภาพในด้านต่างๆ อยู่

2. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตตำบลหนองพยอม อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ได้แก่ จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย รำวง 3 ส. กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมการสนทนาตามความเหมาะสม จัดสถานที่ในการออกกำลังกาย อุปกรณ์การกีฬา นัดผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การสวดมนต์ ถือน้ำมนต์ นั่งสมาธิ ทุกๆ วันพระ ให้เกียรติยกย่องผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้มีประสบการณ์ แต่งตั้งเป็นที่ปรึกษาด้านต่างๆ เช่น เป็นผู้นำทางศาสนาและพิธีกรรม เช่น พิธีกรรมในงานกำฟ้าไทยพวน ปราชญ์ชาวบ้าน และจัดสภาพบ้านเรือนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับณมน ธนินธญากร<sup>(15)</sup> ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบ้านปลาบู่ ตำบลหนองแสง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ได้แก่วางแผนการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายโดยมีสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การทำ



ปฏิทินกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมประเพณีต่างๆ ของชุมชนทุกครั้งอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือด้านการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุให้อย่างครอบคลุม สอดคล้องกับการวิจัยของนางสาวนันทมล บุตรวิเศษและคณะ<sup>(16)</sup> แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการสนทนาตามความเหมาะสม จัด สถานที่ในการออกกำลังกาย อุปกรณ์การกีฬา นัดผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การสวดมนต์นั่งสมาธิ ทุกๆ วันพระ ให้เกียรติยกย่องผู้สูงอายุในฐานะเป็นผู้มีประสบการณ์ แต่งตั้งเป็นที่ปรึกษาด้านต่างๆ เช่น เป็นผู้นำทางศาสนา ประชาชนชาวบ้าน และจัดสภาพบ้านเรือนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ

3. จากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพโดยผู้วิจัย คำตอบที่ได้มานั้นสามารถวิเคราะห์ออกมาให้เห็นถึงความเป็นตัวตนของตัวเอง การแสดงออกทางความคิดที่มีอิสระ มีการยอมรับตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลง มีความสัมพันธ์กับครอบครัวที่ดีและมีสิ่งยึดเหนี่ยวด้านคุณธรรมของผู้สูงอายุที่มีแบบอย่างมาจากพื้นเพดั้งเดิมของผู้ให้ข้อมูลทุกคนอย่างเด่นชัดเป็นไปในแนวทางเดียวกันจะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีคุณภาพชีวิตโดยรวมด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมอยู่ในเกณฑ์ดี พบว่า 1 คนที่ได้คะแนนคุณภาพชีวิตปานกลางด้านสุขภาพกาย และ 5 คนที่ได้คะแนนคุณภาพชีวิตปานกลางด้านสัมพันธภาพทางสังคม อาจเป็นเพราะในกลุ่มที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้นมีเพียง 2 คนเท่านั้นที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และอีก 2 คนที่ค้าขายได้พบปะพูดคุยกับลูกค้าและเพื่อนบ้านรวมถึงบุคคลอื่นในสังคมสามารถพึ่งพาอาศัยเป็นมิตรเป็นผลให้ได้คะแนนด้านสังคมสูง ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลทำงานอดิเรกที่บ้านช่วยลูกหลานเล็กๆ น้อยๆ ในครัวเรือนจึงมีเพื่อนวัยเดียวกันได้ลดลง จึงเกิดช่องว่างด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสอดคล้องกับชนนินพัทธ์ ประเสริฐพรรณและคณะ<sup>(17)</sup> ได้ทำการวิจัยเรื่อง กิจกรรมและผลการดำเนินการกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุชุมชนเมือง : กรณีศึกษาพบว่าความสำเร็จของการดำเนินการกิจกรรม

เพื่อให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น เกิดจากความร่วมมือของสมาชิกผู้สูงอายุ ชุมชนและทีมสุขภาพ สำหรับปัญหาและอุปสรรคของการเข้าร่วมกิจกรรม เป็นปัญหาด้านสุขภาพและด้านครอบครัวของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโอกาสที่ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถเติมเต็มคุณภาพชีวิตด้านนี้ให้กับผู้สูงอายุในชุมชน โดยเมื่อถ่ายทอดผลที่ได้จากการวิจัยนี้ให้กับทางชมรมผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลแล้ว อาจเป็นการสร้างกิจกรรมที่ร่วมกันสร้างและพัฒนาขึ้นมาจากกลุ่มสูงอายุในชุมชนนั้นๆ ได้ครอบคลุมมากขึ้น สิ่งได้นอกเหนือจากวัตถุประสงค์คือกรณีเกิดการเจ็บป่วยช่วงที่เกิดการรับรู้ความผิดปกติและได้รับการวินิจฉัยโรคทางกาย ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นจุดเปลี่ยนในการดูแลสุขภาพทำให้มีการดูแลตนเองมากขึ้น มีการทำอาหารกินเอง ออกกำลังกายด้วยตนเองอย่างง่ายและเหมาะสมกับแต่ละคน โดยเลือกปฏิบัติเอง เช่น การออกกำลังกายด้วยการรำวง 3 ส. ความคิดเปลี่ยนและเรียนรู้ที่จะอยู่กับความเจ็บป่วยและมีความวิตกกังวลน้อยลง

### ข้อเสนอแนะ

1. มิติด้านร่างกาย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและคนในครอบครัวและชุมชน ควรเรียนรู้และเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ในวัยสูงอายุรวมถึงวิธีการส่งเสริมป้องกันและดูแลสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้ด้วยสุขภาพกายและใจที่ดี
2. มิติด้านจิตใจ คนในครอบครัวและในชุมชน ควรหาเวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ พาไปร่วมทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ไปวัด ทำบุญ ไหว้ พระ สวดมนต์นั่งสมาธิ เพื่อให้จิตใจสงบ การรับประทานอาหารร่วมกันของคนในครอบครัว
3. มิติด้านสังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือคนในสังคมควรจัดกิจกรรมหรือจัดเทศกาลงานต่างๆ ที่จะให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ของกับบุคคลอื่นในสังคม ทำให้มีบทบาทมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าต่อสังคม
4. มิติด้านสิ่งแวดล้อม คนในครอบครัวควรจัดสภาพบ้านเรือนและสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกและตอบสนอง

ความต้องการในด้านต่างๆ ให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข เช่น ห้องนอนควรอยู่ชั้นล่าง บันไดและภายในห้องน้ำควรมีราวจับป้องกัน การลื่นล้ม บริเวณบ้านควรมีพื้นที่ให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมเบาๆ ได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำในเฉพาะพื้นที่ตำบลหนองพยอม อำเภอดงพวนหิน จังหวัดพิจิตร การศึกษาตัวแปรและปัจจัยต่างๆ อาจจะยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ควรจะต้องมีการศึกษาหาความรู้และข้อมูลจากเอกสารหรืองานวิจัยอื่นให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งงานวิจัยนี้ยังไม่สามารถนำไปสรุปคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งอำเภอหรือจังหวัดได้
2. การวิจัยในครั้งนี้ นำเพียงปัจจัยบางส่วนมาศึกษา ข้อมูลที่ได้มาเป็นเพียงตัวแทนในพื้นที่ ซึ่งแต่ละพื้นที่อาจมีตัวแปรที่แตกต่างกัน ควรมีการศึกษาจากปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อกำหนดปัจจัยและแนวทางที่จะพัฒนาคุณภาพของผู้สูงอายุต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ผลสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย; 2562.
2. ปราโมทย์ ปราสาทกุล. สถานการณ์และแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556-2573. กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2556.
3. กมลพร นีรัตน์, อัครนันท์ คิดสม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในการประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 14 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตกำแพงแสน; 2560.
4. สุดารัตน์ นามกระจ่าง, ลักษณณี สมรัตน์, อนัญญา เตชะคำฟู. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลกระหวัน อำเภอบึงสามพัน จังหวัดศรีสะเกษ. ในเอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัย บัณฑิตศึกษา ระดับชาติและ

นานาชาติ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.

5. ปิยะสกล สกลสัตยาทร. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช; 2559.
6. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ฆนกร อภิญญาลังกร, กัญญ์สิริ จันทร์เจริญ, นิรมัสศุรา แว. บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง วารสารวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้; 2561 ปีที่ 5 ฉบับที่ 3.
7. The world health report - Mental health: new understanding, new hope. Geneva; 2001. 79 (1): 1
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC); 2566.
9. Taro Yamane, Statistics. An introductory analysis. Third edition. New York: Haper & Row; 1973.
10. กรมกิจการผู้สูงอายุ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. มาตรการขับเคลื่อนสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ๔ มิติ; 2563.
11. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Dutch journal of educational research; 1997.
12. Cronbach, Lee J. Essentials of Psychological Testing. New York: Haper & Row; 1970.
13. จีรสุดา คำสีเขียว, นุตติยา วีระวัฒนชัย, สุวรรณ ภัทรเบญจพล. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่รอบมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี การประชุม วิชาการระดับชาติ มอ. วิจัย ครั้งที่ 16 มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2562.



14. พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ, เวธกา กลิ่นวิชิต. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบพอเพียงของผู้สูงอายุไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2561.
15. ณมน ธนินธยากร. แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในบ้านปลาบู่ ตำบลหนองแสง อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม; 2561.
16. นางสาวนัสมล บุตรีวิเศษ, อุปรีภูลา อินทรสาด. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาอำเภอพระนครศรีอยุธยาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ; 2563.
17. ชนนิพัทธ์ ประเสริฐพรรณ, นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, สุจินดา จารุพัฒน์. กิจกรรมและผลการดำเนินงานกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเมือง รามาธิบดีพยาบาลสารคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560; 20(3):388-400.

# ประสิทธิผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดในโรงพยาบาลบางมูลนาก จ.พิจิตร

## The Effectiveness of health behavior modification in diabetic patients on blood sugar levels In Bang Mun Nak Hospital Phichit Province

พญ.ชุตินา ศุภโชคชัยวัฒนา พ.บ.  
โรงพยาบาลบางมูลนาก

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการปรับพฤติกรรมเทียบกับรูปแบบการรักษาเดิม ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน โดยกลุ่มควบคุมไม่ได้ปรับพฤติกรรมระยะเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมินเรื่องความรู้โรคเบาหวานและการดูแลตนเอง 3) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูล 1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย กับลักษณะบุคคล 2) สถิติอนุมาน (inferential statistics) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้ทดสอบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง คือ การทดสอบ independent sample t-test การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (one way analysis of variance :ANOVA)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับน้ำตาล FBS ในกลุ่มทดลอง หลังทำการปรับพฤติกรรม มีระดับน้ำตาล FBS ที่ลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 2) ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ในกลุ่มทดลอง หลังทำการปรับพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ที่ลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ดังนั้นจึงควรนำหลักการปรับพฤติกรรมของเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ใช้ในดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**คำสำคัญ** ผู้ป่วยโรคเบาหวาน การปรับพฤติกรรม ระดับน้ำตาลในเลือด

### Abstract

This study is a quasi-experimental research. The research objective is to study the results of blood sugar levels in diabetic patients by modifying behavior compared to the original treatment model. in diabetes clinic Bang Mun Nak Hospital Phi chit Province, 70 people, divided into an experimental group of 35 people, a control group of 35 people. The control group did not adjust their behavior for a period of 3 months. he tools used in the research consisted of 1) a patient information record form 2) Assessment of diabetes knowledge and self-care 3) Health behavior assessment form data analysis 1) Descriptive statistics are frequency, percentage, mean, with personal characteristics 2) Inferential statistics, knowledge about diabetes. health care be-

havior Self is used to test differences in personal characteristics. with self-care behavior is an independent sample t-test, one-way analysis of variance (ANOVA)

The research results found that 1) FBS sugar levels in the experimental group after behavioral adjustment. There is FBS sugar level. that decreased and were significantly different at the confidence level of 0.05 2) Cumulative sugar level HbA1C in the experimental group After adjusting behavior, the experimental group had accumulated sugar levels, HbA1C. The reduction was not significantly different at the confidence level of 0.05. Therefore, the principles of behavior modification of lifestyle medicine should be applied in diabetic patients.

**Keywords:** Diabetic patients Adjusting behavior Sugar levels

## บทนำ

องค์การอนามัยโรค (WHO) ได้ให้คำนิยาม โรคเบาหวาน เป็นโรคเมตาบอลิซึมเรื้อรังที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายร้ายแรงต่อหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และเส้นประสาทเมื่อเวลาผ่านไป สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน การเข้าถึงการรักษาที่มีราคา ย่อมเยา รวมถึงอินซูลิน มีความสำคัญต่อการอยู่รอดของพวกเขา มีเป้าหมายที่ตกลงกันทั่วโลกเพื่อหยุดการเพิ่มขึ้นของโรคเบาหวานและโรคอ้วนภายในปี 2568 ประมาณ 422 ล้านคนทั่วโลกเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และผู้เสียชีวิต 1.5 ล้านคนมีสาเหตุโดยตรงจากโรคเบาหวาน ในแต่ละปี ทั้งจำนวนผู้ป่วยและความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา และได้ประมาณการณ์ว่า ร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทยถูกจัดสรรให้กับ การดูแลรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งใกล้เคียงกับประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคและคาดการณ์ว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ภายในปี 2573 ซึ่งทำให้สังคมรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นสองเท่า ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มค่าใช้จ่ายของโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ร้อยละ 49 ของค่าใช้จ่ายตรงในการรักษาโรคเบาหวานเกิดจากการรักษาภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่ค่าใช้จ่ายจากยาคิดเป็นร้อยละ 14 เท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมักจะมากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวาน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะ

แทรกซ้อน 2 อย่าง จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 6.6 เท่า ขณะที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน 3 อย่างขึ้นไป จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 18.5 เท่า<sup>(1)</sup>

จากความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นตามอายุของประชากรและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของประชากรที่เปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานอาหารในชีวิตประจำวันที่มีรสหวานเพิ่มมากขึ้น ไขมัน ในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการมีกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง หรือขาดการออกกำลังกาย ความเครียดจากการดำเนินชีวิตการทำงาน สาเหตุของโรคมามากจากพฤติกรรมที่สามารถป้องกันแก้ไขได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่การเกิดโรคเบาหวานและเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ในแต่ละปีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับสองของคนไทย<sup>(2)</sup>

โรคไม่ติดต่อ (non communicable disease :NCD) เป็นสาเหตุการตายของทุกประเทศทั่วโลกสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกกลุ่มวัยและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โรคที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงความเสื่อมของร่างกายและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่ก่อนเข้าวัยสูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถชะลอการเกิดได้หากมีปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม ด้วยการส่งเสริมความรู้สุขภาพในการจัดการตนเอง โรคติดต่อที่พบได้บ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อกันจำนวน 7,404,202 คน คิดเป็นร้อยละ



75 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบโรคความดันโลหิตสูง 4,616,969 คน ร้อยละ 46.91 โรคเบาหวาน 2,144,438 คน ร้อยละ 21.79 โรคหลอดเลือดสมอง 241,170 คน ร้อยละ 2.51 โรคหัวใจและหลอดเลือด 193,527 คน ร้อยละ 1.97 ตามลำดับ<sup>(3)</sup> ปีงบประมาณ 2565 พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากปี 2563-2565 จำนวน 3,024,077 ราย 3,173,405 และ 3,325,397 รายตามลำดับ และพบผู้ป่วยรายใหม่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 1.92, 2.03 และ 2.19 ตามลำดับ และอัตราการรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร คือ 432.71, 443.01 และ 505.39 ตามลำดับและร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี ร้อยละ 28.91, 28.05 และ 29.75 ตามลำดับ<sup>(4)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร โดยจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในทุกปี ตั้งแต่ปี 2562-2566 จำนวนผู้ป่วย 2,245 - 2,643 คน เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมได้ดี 948 - 1,338 คน คิดเป็นร้อยละ 32.48, 31.34, 41.90, 39.40 และ 39.23 ตามลำดับ<sup>(5)</sup> การนำแนวคิด สปช. โมเดล ปิงปอง 7 สี ในผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความรุนแรงของโรคเรื้อรัง หลัก 3 อ (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดอ้วนลดบุหรี่ ลดสุรา)<sup>(6)</sup> รวมถึงการปรับพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต<sup>(7)</sup> มาประยุกต์ใช้ ผู้วิจัยจึงตระหนักว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทำให้ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดีเพิ่มขึ้น และมีลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและลดราย

จ่ายในโรงพยาบาลและตัวผู้ป่วยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการปรับพฤติกรรมเทียบกับรูปแบบการรักษาเดิม

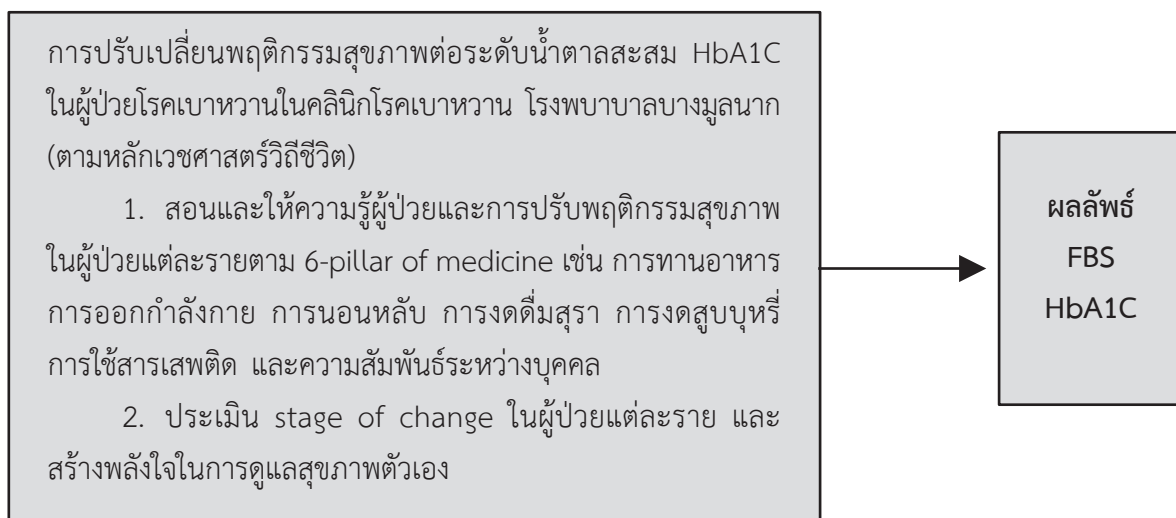
### สมมุติฐานวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการปรับพฤติกรรม จะมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C ลดลงจากเดิมเมื่อเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานปกติ
2. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการปรับพฤติกรรม ในกลุ่มทดลองจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

#### (conceptual of framework)

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน และ แนวคิด สปช. โมเดล เพื่อคาดหวังว่าจะส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อระดับน้ำตาล FBS ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอบางมูลนาก ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางมูลนาก



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## วิธีการดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง Quasi-experimental แบบ static-group comparison design ศึกษามากกว่า 1 กลุ่ม วัดผลการทดลองหลังอย่างเดียว เพื่อศึกษาผลระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยการปรับพฤติกรรมเทียบกับรูปแบบการรักษาเดิม

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร : ประชาชนเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน ในช่วงปี 2565 - พฤษภาคม 2566 ณ โรงพยาบาลบางมูลนาก มีจำนวน 211 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง : เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำนวน 70 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการอ้างอิงการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายกัน ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิด สบข. โมเดล (สถาบันราชชนกโมเดล) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% อำนาจการทดสอบ (power test) เท่ากับ 0.80 ค่าอัลฟาที่ 0.05 โดยเปิดตารางอำนาจการทดสอบ power analysis ของ Cochen (1988) ได้กลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เป็นกลุ่มละ 35 คนเป็นการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling)

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 211 คน ช่วงปี 2565 - 2566 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้สุ่มอย่างง่าย ตามเกณฑ์การคัดเข้า เข้ากลุ่มทดลอง 35 คน กลุ่มควบคุม 35 คน โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองมากที่สุด ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าข้อมูลเรื่องเพศ อายุ อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาล FBS และ HbA1C

## เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา

### (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางมูลนาก อย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป

2. ให้ความร่วมมือในการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ตั้งแต่ 126 mg /dl เป็นต้นไป และน้ำตาลสะสมในเลือด ตั้งแต่ HbA1C 7.5 เป็นต้นไป

3. เป็นผู้ป่วยที่อาศัยในเขตอำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร

4. สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและร่วมกิจกรรมได้ ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

## เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างออกจากศึกษา

### (Exclusion criteria)

1. ตัวอย่างที่ย้ายที่อยู่ เสียชีวิต หรือออกไปทำงานนอกพื้นที่ในช่วงเก็บข้อมูล

2. ตัวอย่างในกลุ่มศึกษาอยู่ในช่วงเข้ารับการรักษาที่ภาวะแทรกซ้อน เช่น จอประสาทตาเสื่อมจนตาบอด ไตเสื่อมจนต้องฟอกไต

3. การเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์แนวคิดเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน ตามหลัก 3 อ 3 ลด เพื่อพัฒนาเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีเนื้อหาในแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ผู้ดูแล

2. ข้อมูลทางการแพทย์ ประกอบด้วย น้ำหนักส่วนสูง ระดับความดันโลหิต ระดับดัชนีมวลกาย ประวัติโรคประจำตัว ประวัติโรคเบาหวานในครอบครัว ระดับน้ำตาลในเลือดและน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) อื่นๆ

3. ข้อมูลทางเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่

### ส่วนที่ 2 แบบประเมิน ประกอบด้วย

1. แบบประเมินเรื่องความรู้โรคเบาหวานและการดูแลตนเอง โดยทำการออกแบบสอบถามเองจำนวน

15 ข้อ ลักษณะการตอบคำถามเป็นแบบ 2 ทางเลือก คือแบบถูกหรือผิด เนื่องจากลักษณะดังกล่าวสามารถวัดเนื้อหาได้มาก ใช้เวลาน้อยและเหมาะสมกับกลุ่มคนเป้าหมาย โดยแต่ละข้อมีคะแนน 1 คะแนน โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนน คือตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และแบบประเมินทัศนคติ ความคิดริเริ่มของผู้อุปถัมภ์ เพื่อนำมาประกอบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อใช้ในการประเมินก่อนเข้ากิจกรรม เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจากเรื่องอะไร เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อนการนอนหลับ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและลดความรุนแรงของโรคตามหลัก 3 อ (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดอ้วนลดบุหรี่ ลดสุรา) จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเดียว มีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

- 1) ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำ 4-7 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ 2 คะแนน
- 2) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำ 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ หรือส่วนน้อย ให้ 1 คะแนน
- 3) ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้นๆ ให้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนมีค่าระหว่าง 0-12 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับสูง 9-12 คะแนน ระดับปานกลาง 5-8 คะแนน ระดับต่ำ 0-4 คะแนน

ได้ทำการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2566 – เมษายน 2567 ที่คลินิกผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยทำการเก็บในช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมานัดติดตามอาการโรคเบาหวาน ช่วงวันอังคารตอนเช้าของทุกสัปดาห์ โดยทำกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวันละ 3-5 คน จนครบจำนวน 35 คน ในกลุ่มทดลอง ส่วนในกลุ่มควบคุมทำการนัดติดตามอาการและปรับยาตามความเหมาะสม

## การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 1 ท่าน ประกอบด้วยความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหาแล้วนำเสนอข้อเสนอนี้ที่ได้มาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำผลการพิจารณาคำตัดสินที่สอดคล้อง (item objective congruence : IOC) ของทั้ง 2 แบบประเมิน พบว่าดัชนีสอดคล้องของรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการนำเครื่องมือทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดและลักษณะโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรมการดำเนินชีวิต คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวาน มีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ทำการขออนุญาตคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ก่อนทำงานวิจัย เลขจริยธรรมวันที่ 12 ตุลาคม 2566 เลขที่ 20/2566. ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการเคารพศักดิ์ศรีและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่มีความเป็นมนุษย์ว่า การวิจัยครั้งนี้ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนั้นจึงให้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยให้คำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบสอบถาม มีวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบ และดำเนินการสรุปข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น และจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมดหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตรวบรวมข้อมูล

2. ประชาสัมพันธ์เพื่อรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางมูลนาก และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน ได้ทำการเปรียบเทียบความคล้ายคลึงของข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าข้อมูลเรื่องเพศ อายุ อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาล HbA1C

3. ขั้นตอนดำเนินการและการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย และพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตต่อพื้นที่ และเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายวิธีดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินการตามการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ดำเนินกิจกรรมดังต่อไปนี้

#### กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการลงนามใน informed consent form รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน pre-test และดูผลระดับน้ำตาล FBS, HbA1C จากผลการเจาะเลือดประจำปีทั้งหมด ครั้งที่ 1

2. สัปดาห์ที่ 2-11 ให้ปฏิบัติตัวตามปกติที่บ้าน

3. สัปดาห์ที่ 12 มาตรวจติดตามอาการและระดับน้ำตาลในเลือด FBS, HbA1C ตามที่แพทย์นัด ครั้งที่ 2

#### กลุ่มทดลอง

1. สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ กล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความยินยอมการเข้าร่วมโครงการลงนามใน informed consent form รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของ

ผู้ป่วยเบาหวาน pre-test และดูผลระดับน้ำตาล FBS, HbA1C จากผลการเจาะเลือดประจำปีทั้งหมด ครั้งที่ 1

- ประเมิน stage of change
- ทำกระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivation interview)

2. สัปดาห์ที่ 2-11 ให้ปฏิบัติตัวตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานตามที่แพทย์ให้คำแนะนำตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายที่บ้าน

3. สัปดาห์ที่ 12 มาตรวจติดตามอาการและระดับน้ำตาลในเลือด FBS, HbA1C ตามที่แพทย์นัด ครั้งที่ 2 ตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) คือ ความถี่ ร้อยละ และ ค่าเฉลี่ย กับลักษณะบุคคล

2) ใช้สถิติอนุมาน (inferential statistics) ทดสอบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง คือ การทดสอบ independent sample t-test การทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (one way analysis of variance : ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธี LSD: Least significant Difference(8)

#### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.40 โดยกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่างช่วง 43-86 ปี อายุเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยอายุกลุ่มควบคุม คือ 57.74 ปี และกลุ่มทดลองช่วงอายุ 33-81 ปี และค่าเฉลี่ยอายุ 61.68 ปี ได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าข้อมูลเรื่องเพศ อายุ อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาล HbA1C ไม่แตกต่างกันดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบลักษณะทั่วไปจำนวนและร้อยละของข้อมูลบุคคลทั่วไปผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระหว่างข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม(n=70)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง N=35		กลุ่มควบคุม N=35	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>				
ชาย	10	28.60	14	40.00
หญิง	25	71.40	21	60.00
<b>อายุ</b>				
30-39ปี	3	8.60	0	0.00
40-49ปี	5	14.30	2	5.70
50-59ปี	7	20.00	10	28.60
60-69ปี	14	40.00	20	57.10
70-79ปี	4	11.40	2	5.70
80-89ปี	2	5.70	1	2.90
<b>การศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	18	51.40	22	62.90
มัธยมศึกษา	16	45.70	13	37.10
ปริญญาตรี	1	2.90	0	0.00
ปวช/ปวส/อื่นๆ	0	0.00	0	0.00
<b>สถานภาพ</b>				
โสด	8	22.90	22	62.90
สมรส	26	74.30	13	37.10
หย่าร้าง	1	2.90	0	0.00
<b>อาชีพ</b>				
ค้าขาย หรือรับจ้าง	8	22.90	3	8.60
เกษตรกร	15	42.90	32	91.40
ธุรกิจส่วนตัว	12	34.30	0	0.00
<b>รายได้ต่อเดือน</b>				
ไม่พอใช้	12	34.30	11	31.40
พอใช้	10	28.60	7	20.00
เหลือเก็บ	13	37.10	17	48.60
<b>ผู้ดูแล</b>				
มีผู้ดูแล	13	37.10	12	34.30
ไม่มีผู้ดูแล	22	62.90	23	65.70
<b>ประวัติครอบครัว</b>				
มีโรคเบาหวาน	12	34.30	4	11.40
ไม่มีโรคเบาหวาน	23	65.70	31	88.60
มีโรคความดันโลหิตสูง	18	51.40	13	37.10



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง N=35		กลุ่มควบคุม N=35	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคความดันโลหิตสูง	17	48.60	22	62.90
มีโรคหัวใจ	3	8.60	10	28.60
ไม่มีโรคหัวใจ	32	91.40	25	71.40
มีโรคมะเร็ง	4	37.10	4	11.40
ไม่มีโรคมะเร็ง	31	62.90	31	88.60
<b>สูบบุหรี่</b>				
มีการสูบ	2	5.70	12	37.10
ไม่มีการสูบ	33	94.30	22	62.90
<b>การดื่มสุรา</b>				
มีการดื่ม	3	8.60	3	8.60
ไม่มีการดื่ม	32	91.40	32	91.40
<b>พฤติกรรมสุขภาพก่อนทำกิจกรรม</b>				
ออกกำลังกาย	1	2.90	0	0.00
โภชนาการ	21	60.0	24	68.60
พักผ่อน	1	2.90	0	0.00
ไม่พบปัญหา	4	11.40	0	0.00
หลายปัญหา	8	22.90	11	31.40
<b>น้ำตาลก่อนทำกิจกรรม</b>				
น้อยกว่า 6.5	0	0.00	0	0.00
6.5-7.4	0	0.00	0	0.00
7.5-7.9	5	14.30	9	25.70
8-10	21	60.00	14	40.00
มากกว่า 10	9	25.70	3	34.30
<b>น้ำตาลหลังทำกิจกรรม</b>				
น้อยกว่า 6.5	0	0.00	4	11.40
6.5-7.4	8	22.90	6	17.10
7.5-7.9	10	28.60	4	11.40
8-10	16	45.70	18	51.40
มากกว่า 10	1	2.90	3	8.60

ผลการวิจัยเรื่องความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย 8.22 ค่ามัธยฐาน 8.00 ค่าฐานนิยม 8.00 และกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ย 7.0 ค่ามัธยฐาน 7.00 ค่าฐานนิยม 8.00 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระดับความรู้เรื่องปานกลาง ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดง คะแนนเรื่องความรู้โรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (pre-test)

คะแนนเรื่องความรู้โรคเบาหวานและ การดูแลสุขภาพ	กลุ่มทดลอง n=35		กลุ่มควบคุม n=35	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0-5	6	17.10	10	28.60
6-10	24	68.60	25	71.40
11-15	5	14.30	0	0.00

ระดับน้ำตาล FBS ในกลุ่มทดลองและควบคุม ก่อนการปรับพฤติกรรมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 หลังทำการ

ปรับพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาล FBS ที่ลดลงแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบระดับน้ำตาล FBS ก่อนและหลังการปรับพฤติกรรม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

FBS	กลุ่ม	จำนวน	mean	SD	df	t	p-value
ก่อนทดลอง	ทดลอง	35	157.37	43.81	67.95	-0.11	0.910
	ควบคุม	35	158.54	42.67		-0.11	
หลังทดลอง	ทดลอง	35	136.88	31.37	68.00	-3.44	0.001
	ควบคุม	35	169.42	46.21		-3.44	

p-value <0.05

ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ในกลุ่มทดลองและควบคุมก่อนการปรับพฤติกรรมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 หลัง

ทำการปรับพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ที่ลดลงไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบระดับน้ำตาล HbA1C ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการปรับพฤติกรรม

น้ำตาลHbA1C	จำนวน N	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลองก่อนทำ	35	9.29	1.32	68	1.18	.239
กลุ่มควบคุมก่อนทำ	35	8.89	1.50			
กลุ่มทดลองหลังทำ	35	8.10	0.85	68	-0.92	.697
กลุ่มควบคุมหลังทำ	35	8.21	1.50			

p-value <0.05

เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่คัดเลือกมา ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันทางนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนปรับพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้ one-way ANOVA

พฤติกรรม (ก่อน)	SS	df	MS	F	p-value
กลุ่มควบคุม	0.14	1	0.14	0.08	0.90
กลุ่มทดลอง	128.62	68	1.89		
รวม	128.64	69			

p-value <0.05

ผลการวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ เรื่องการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 การออกกำลังกายของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 การนอนหลับของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ความแตกต่างระดับพฤติกรรมสุขภาพหลังปรับพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม(หลัง)	กลุ่ม	จำนวน N	mean	SD	Df	t	p-value
การรับประทาน อาหาร	ทดลอง	35	1.22	0.42	68	3.17	0.002
	ควบคุม	35	1.00	0.00			
การออกกำลังกาย	ทดลอง	35	1.80	0.40	67.84	0.28	0.775
	ควบคุม	35	1.77	0.42			
การนอนหลับ	ทดลอง	35	1.77	0.42	68	-1.26	0.210
	ควบคุม	35	1.88	0.32			

p-value <0.05

### การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาผลระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยการปรับพฤติกรรมเทียบกับรูปแบบการรักษาเดิม ที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร ระหว่างเดือนตุลาคม 2566-เมษายน 2567 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และแบบประเมินความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 70 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.40 โดยกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่างช่วง 43-86 ปี อายุเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยอายุกลุ่มควบคุมคือ 57.74 ปี และกลุ่มทดลองช่วงอายุ 33-81 ปี และค่าเฉลี่ยอายุ 61.68 ปี ได้ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าข้อมูลเรื่องเพศ อายุ อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาล HbA1C และผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า 1) ระดับน้ำตาล FBS หลังทำการปรับพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาล FBS ที่ลดลง เมื่อเทียบกับรูปแบบการรักษาเดิม p-value 0.001 มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 2) ระดับน้ำตาลสะสม HbA1C หลังทำการปรับพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสม HbA1C ที่ลดลงไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม p-value 0.697 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

p-value <0.05 3) พฤติกรรมสุขภาพหลังทดลอง พบว่าเรื่องการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่ารูปแบบการรักษาเดิม p-value 0.002 นัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 การออกกำลังกายและการนอนหลับของกลุ่มไม่มีความแตกต่างจากรูปแบบเดิม ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 แต่เนื่องจากน้ำตาลสะสม HbA1C ต้องใช้เวลาในการติดตาม 3 เดือนเป็นผลจากพฤติกรรมเดิม สู่การปรับพฤติกรรมใหม่ที่ยั่งยืน จึงต้องมีการประเมิน stage of change และการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้นำการนำแนวคิด สปช. โมเดล ปิงปอง 7 สีโรคเบาหวานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และความรุนแรงของโรคเรื้อรัง หลัก 3 อ (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) 3 ลด (ลดอ้วนลดบุหรี่ ลดสุรา)รวมทั้งการนำปรับพฤติกรรมตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ใช้เช่นเดียวกับการศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิด สปช. โมเดล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ต้องมีความรู้เป็นพื้นฐาน ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้<sup>(6)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย การศึกษาเรื่องผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่

สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองคะแนนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าทดลอง ทั้งในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเปรียบเทียบในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ<sup>(9)(10)</sup>

ผลการศึกษารวบรวมครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางเวชศาสตร์วิถีชีวิตต่อระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนที่มีโรคเบาหวานได้ ทำให้ช่วยลดความรุนแรงของโรคเบาหวานและลดภาวะแทรกซ้อนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- นำผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวานมาประยุกต์ใช้ในคลินิกโรคเบาหวาน
- การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อการดูแลสุขภาพตัวเองในโรคเบาหวาน เรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เรื่องการบริโภคอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน โดยการจำลองสถานการณ์คล้ายการจ่ายตลาด จากชุดอุปกรณ์อาหาร

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาผลจากการปรับพฤติกรรมในระยะเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี เพื่อติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ต่อเนื่อง ตามหลัก stage of change

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเล่มนี้สำเร็จโดยได้รับความช่วยเหลือแนะนำอย่างดีจาก อาจารย์ นพ.สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ในการให้คำปรึกษา แนะนำและให้ข้อคิดเห็นต่างๆ มาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร และ สำนักงานสา

รณสุขจังหวัดพิจิตร ที่ให้ความร่วมมืองานวิจัย สำเร็จ ลุล่วง ประโยชน์และคุณค่าของงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอขอบแก่ บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ที่ได้สั่งสอนและอบรมจากอดีตจนถึงปัจจุบัน สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย และสมาคมเวชศาสตร์วิถีชีวิตแห่งประเทศไทยตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization;2020
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนสุตา สยามบรมราชกุมารี.แนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน ปี 2566 บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด กรุงเทพมหานคร ปี2566
- คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในคลินิก NCD คุณภาพ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.2558 [เข้าถึงเมื่อ 26 กค2566]. <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/ebook23-03-15-2.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุขข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD, DM, HT, CVD) ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 26 ก.พ. 2567]. เข้าถึงจาก: <https://shorturl.asia/vLLXz>
- สถิติร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2562-2566 เข้าถึงวันที่ 21กรกฎาคม 2566 <http://www.ppho.go.th/mis-new/index.php?menu=5.9>
- AYoh,N.,Sittart V.,Na-Wichian,S.(2022). The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PRBI s model for patients with



- hypertension in Samonkhae sub district ,  
mueandistrict Meaun District, Phitsanulok  
Province The journal of Boromajonani  
College of Nursing Suphanburi,5(2),  
129-139
7. Guthrie G. Definition of lifestyle medicine.  
In: Rippe JM, editor, Lifestyle medicine.  
3rd ed. Boca Raton: Taylor & Francis  
Group; 2019. p.961-68
  8. บุญธรรม กิจปรีดาปริสุทธิ์.สถิติเพื่อการวิจัย  
พิมพ์ครั้งที่5 กรุงเทพมหานคร เรือนแก้วการพิมพ์
  9. อีรภาพ เสาทอง , ปาหนัน พิษยภิญโญ ,สุนีย์  
ละกำปั่น , ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อ  
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย  
โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุม  
ระดับน้ำตาลในเลือดได้ วารสารวิจัยสุขภาพ  
และการพยาบาล ปีที่ 36 ฉบับที่ 3 กันยายน-  
ธันวาคม 2563,19-32
  10. อูมากร ใจยังยืน , สุภาภรณ์,วรอรุณ,สาวิตรี  
ศิริผลวุฒิชัย. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุข  
ภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
โรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข  
ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2564,  
94-108



## คำแนะนำสำหรับส่งบทความตีพิมพ์

“วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ บทความและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างแนวคิดและประสบการณ์ด้านวิชาการ ตลอดจนพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีทักษะการเขียนผลงานวิชาการโดยมีกำหนดการจัดพิมพ์ปี ละ 2 ครั้ง 6 เดือน

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน และ ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม

รับบทความ/เรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ 1 ภายในเดือนเมษายน ฉบับที่ 2 ภายในเดือนตุลาคม

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร ดังนี้

1. ผู้ส่งบทความตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำแนะนำเพื่อตีพิมพ์ โดยกองบรรณาธิการจะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกาที่วารสารกำหนด
2. ผู้สนใจส่งบทความจะต้องกรอกข้อมูลในแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ฯ พร้อมแนบบทความต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ Microsoft Word และ pdf. ไปยังกองบรรณาธิการวารสารทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com
3. กองบรรณาธิการจะตรวจประเมินความครบถ้วน ถูกต้องของบทความเบื้องต้น ก่อนส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
4. กองบรรณาธิการจัดส่งนิพนธ์ต้นฉบับ/บทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ตรวจประเมินและคุณภาพ และให้เสนอแนะ จำนวน 1-2 ท่านต่อเรื่อง
5. ผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามข้อพิจารณาและเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
6. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และเตรียมข้อมูล/บทความต้นฉบับ
7. ส่งข้อมูล/บทความต้นฉบับให้โรงพิมพ์ดำเนินการจัดพิมพ์รูปเล่ม
8. กองบรรณาธิการดำเนินการจัดส่งและเผยแพร่วารสารแก่กลุ่มเป้าหมาย
9. กองบรรณาธิการจะจัดส่งหนังสือ/ใบรับรองตีพิมพ์แจ้งผู้เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ หลังจากผู้นิพนธ์ปรับ/แก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ประเมินและเสนอแนะไว้เรียบร้อยแล้ว

### หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

#### 1. บทความที่ส่งตีพิมพ์

**นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)** ได้แก่ บทความที่เสนอ ผลงานใหม่ที่ได้จากการศึกษาวิจัยที่ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสืออื่นๆ ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษานี้ รวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ หรือวิธีการ ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ และ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

**รายงานผู้ป่วย (Case report)** เป็นรายงานผู้ป่วยที่น่าสนใจ เช่น การบาดเจ็บ, ความผิดปกติหรือโรคที่พบได้ยาก และที่น่าสนใจหรือใช้วิธีการนวัตกรรม หรือเครื่องมือใหม่ในการรักษาผู้ป่วย ควรเขียนตามลำดับ ได้แก่ ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ รายงานผู้ป่วย (รวมถึงวัสดุและวิธีการ) วิเคราะห์ สรุป และเอกสารอ้างอิง

**บทความพิเศษ (Special article)** เป็นบทความทาง วิชาการที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรรม พยาบาล การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์การแพทย์ อาจมีลักษณะเป็นบทวิเคราะห์วิจารณ์ หรือบทความทางด้านการบริหารที่เกี่ยวข้องและเห็นว่าเป็นประโยชน์

**บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles)** ได้แก่ บทความที่ได้จากการรวบรวมนำเอาความรู้ เรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือต่างๆ หรือจากผลงานและประสบการณ์ของผู้นิพนธ์นำมาเรียบเรียงและวิเคราะห์วิจารณ์หรือเปรียบเทียบกัน เพื่อให้เกิดความลึกซึ้งหรือเกิดความกระจ่างในเรื่องนั้นมากยิ่งขึ้น

ปกิณกะ (Miscellany) ได้แก่ บทความอื่น ๆ นอกเหนือจากชนิดของบทความดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมีประโยชน์ต่อการดำเนินงาน

## 2. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงวัตถุประสงค์ และเนื้อเรื่องชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	มีชื่อผู้เขียนและ/หรือคณะ พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (วุฒิปริญญา) และสถานที่ปฏิบัติงานเป็นภาษาไทย
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกะทัดรัด แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 20 บรรทัด และมีส่วนประกอบ คือวัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการ ผลการดำเนินงานและวิจารณ์ หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารที่อยู่ในบทคัดย่อ และเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐานและขอบเขตการวิจัย
วิธีการดำเนินการ	อธิบายวิธีดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการ รวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจน วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการดำเนินงาน	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย/ศึกษา โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้ง แปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่ตั้งไว้
วิจารณ์	ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่ เพียงใด และควรอ้างอิงทฤษฎี หรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
สรุป	ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้ง ผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะต่อประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

## 3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใส่ตัวเลข (ตัวเลข) ท้ายข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป ให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารมีหลักเกณฑ์ดังนี้

### 3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์:ปีที่: หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทย ชื่อผู้พิมพ์ ให้ใช้ชื่อเต็ม ทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์ เป็น ปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษ ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อ ตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์ มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 6 คนแรก แล้วตามด้วย et al. (ภาษาอังกฤษ) หรือและคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสาร ใช้ชื่อย่อตามแบบ Index Medicus หรือตามที่ใช้ในวารสาร นั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

#### 3.1.1 เอกสารจากวารสารวิชาการ

1. วิทยา สวัสดิวิฑูมิพงศ์, พิชรี เงินตรา, ปราณี มหาศักดิ์พันธ์, ฉวีวรรณ เขาว กรรติพงศ์, ยุวดี ตาทิพย์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7:20-6.

2. Russell FD, Coppell AL, Davenport AP. In Vitro enzymatic processing of Radiolabelled big ET-1 in human kidney as a food ingredient. Biochem Pharmacol 1998; 55:697-701.

#### 3.1.2 องค์การเป็นผู้พิมพ์

1. คณะผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมอายุรเวชแห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัย และแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 2538; 24:190-204.

#### 3.1.3 ไม่มีชื่อผู้พิมพ์

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). BMJ 1981; 283: 628.

#### 3.1.4 บทความในฉบับแทรก

1. วิชัย ต้นไพจิตร. สิ่งแวดล้อมโภชนาการกับสุขภาพใน: สมชัย บวรกิตติ, จอห์น พี ลอฟทัส, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม. สารศิริราช 2539; 48 (ฉบับผนวก) : 153-61.

#### 3.1.5 ระบุประเภทของบทความ

1. บุญเรือง นิยมพร, ดำรง เพชรลาย, นันทวัน พรหมผลิต, ทวี บุญโชติ, สมชัย บวรกิตติ, ประหยัด ทศนาภรณ์. แอลกอฮอล์กับอุบัติเหตุบนท้องถนน (บทบรรณาธิการ). สารศิริราช 2539; 48: 616-20.

2. Enzenseberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease (letter). Lancet 1996; 347:1337.

### 3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

#### - หนังสือแต่งโดยผู้พิมพ์

1. ธงชัย สันติวงษ์. องค์การและการบริหารฉบับแก้ไขปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช ; 2535.

2. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurse. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

#### - หนังสือมีบรรณาธิการ

1. วิชาญ วิทยาศัย, ประคอง วิทยาศัย, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติในผู้ป่วยติดเชื่อ เอชส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิเด็ก; 2535.

2. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

#### 3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือ หรือตำรา



ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่องใน. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงไกร จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณวงษ์ จิราษฏร์, ประอร ชวลิตธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-7.

2. Philipps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. P. 465-78.

### 3.3 รายงานการประชุม สัมมนา

ลำดับที่.ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปี ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, งามจิตต์ จันทรสาดิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่องส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2541; ณ โรงแรมโอบีเวิลด์ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2541.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

### 4. การส่งบทความต้นฉบับ

4.1 ใช้โปรแกรม Microsoft word พิมพ์บทความด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ขนาด 16 POINT ตลอดทั้งเล่ม ไม่กั้นหลังตัวอักษร พร้อมใส่เลขกำกับหน้าที่มุมขวาล่างทุกหน้า ระยะหน้ากระดาษในแต่ละหน้า ระยะขอบบน 1.0 นิ้ว, ระยะขอบล่าง 1.0 นิ้ว และระยะขอบซ้าย 1.5 นิ้ว, ระยะขอบขวา 1.0 นิ้ว และ Print เอกสารบทความต้นฉบับหน้าเดียวลงในกระดาษ A4 จำนวน 1 ชุด และส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com พร้อมแนบแบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

4.2 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกสีดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพโปสเตอร์ทดแทนได้ save เป็นไฟล์ .JPEG หรือ .TIFF สำหรับการเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพโปสเตอร์

### 5. การตอบรับ

5.1 เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ส่งมาตีพิมพ์ จะดำเนินการตามขั้นตอนและมีหนังสือตอบรับต่อไป

5.2 บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ทางกองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งคืนต้นฉบับ

### 6. ระยะเวลาในการพิจารณาบทความ

6.1 กองบรรณาธิการจะกลั่นกรองบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับเบื้องต้น และส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ ภายใน 2 - 3 สัปดาห์

6.2 เมื่อได้รับคืนบทความ/นิพนธ์ต้นฉบับจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์บทความแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์

6.3 เมื่อผู้พิมพ์แก้ไขงานเสร็จแล้ว ให้ส่งบทความฉบับแก้ไข จำนวน 1 ชุด พร้อมส่งไฟล์ในรูปแบบ Microsoft Word และ pdf. ทาง e-mail: pphj.2020@gmail.com

6.4 กองบรรณาธิการ จะออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความลงวารสารวิจัยและวิชาการฯ ต่อไป

## 7. การตีพิมพ์วารสาร

7.1 กองบรรณาธิการจะรวบรวมบทความส่งตีพิมพ์ เมื่อมีจำนวนผู้พิมพ์ขอตีพิมพ์ครบตามที่กำหนด

7.2 กระบวนการผลิตวารสารจะใช้เวลาประมาณ 30 วัน หลังจากได้รับบทความแล้ว และเมื่อจัดพิมพ์วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรแล้ว จะส่งวารสารให้ผู้พิมพ์/เจ้าของบทความต่อไป

## 8. ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ถือเป็นผลงานทางวิชาการ หรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์/เจ้าของบทความ ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์/เจ้าของบทความ ต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ที่จะแก้ไขข้อความให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักภาษา และทางวิชาการได้

## 9. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

27/99 ถนนคลองคะเชนทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 66000

โทร. 056 990 354 ต่อ 133, 134

ค่าธรรมเนียมการลงตีพิมพ์ “วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร” สำหรับบทความวิจัย (นิพนธ์ต้นฉบับ รายงานผู้ป่วย) ที่ส่งไฟล์ต้นฉบับแล้วในลำดับที่ 1 - 6 ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 2,000 บาท และลำดับที่ 7 เป็นต้นไป ค่าธรรมเนียมเรื่องละ 3,000 บาท





### แบบส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร “วิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร”

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) .....ตำแหน่ง.....

2. สถานที่ปฏิบัติงาน.....

3. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด.....วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

4. ขอส่งบทความ
- ( ) 1. นิพนธ์ต้นฉบับ (Original articles)
  - ( ) 2. รายงานผู้ป่วย (Case report)
  - ( ) 3. บทความพิเศษ (Special article)
  - ( ) 4. บทความฟื้นฟูวิชาการ (Review articles)
  - ( ) 5. ปกิณกะ (Miscellany)

ชื่อเรื่อง ภาษาไทย : .....

ชื่อเรื่อง ภาษาอังกฤษ : .....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี) .....วุฒีย่อ (ภาษาไทย).....

วุฒีย่อ (ภาษาอังกฤษ).....

สถานที่ปฏิบัติงาน.....

6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ .....อีเมล์ .....

7. สิ่งที่ส่งมาด้วย ( ) ไฟล์ต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล.....

( ) เอกสารสิ่งพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

( ) เอกสารรับรองการผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น หากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 1 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการตีพิมพ์วารสารวิจัย และวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลงนาม.....ผู้พิมพ์

(.....)

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

# Phichit Public Health Office

