



SANPATONG HOSPITAL JOURNAL

วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

ISSN : 3056-9699 (Online)

ปีที่ 2 ฉบับเพิ่มเติม 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2568

Vol.2 Supplment.2 JULY - DECEMBER 2025



วารสารโรงพยาบาลสันป่าตอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วยรวมทั้งปริญญะสารความรู้ด้านสาธารณสุขให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ที่ต้องการศึกษาค้นคว้า
2. เป็นศูนย์กลางในการเผยแพร่ข่าวสารทางวิชาการทางการแพทย์และการพยาบาลตลอดจนการสาธารณสุข
3. เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกับสหวิชาชีพทั่วประเทศกำหนดออก : เผยแพร่ราย 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ (มกราคม - มิถุนายน, กรกฎาคม - ธันวาคม)

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ทวีช แก้วประเสริฐ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันป่าตอง

บรรณาธิการ

นายแพทย์ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการ

ดร.ธัญญกรณ์ ใจมั่ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

1.ดร.นพ.ชาญณรงค์ พรหมพิงค์

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

2.ดร.ทพญ.ทัศนีย์ สลัดยะนันท์

ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

3.พว.ดอกรัก พิหาคำ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

4.พว.พรวเดือน เนตรวิชัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

5.พว.กรรณิการ์ จันตระ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

6.ภก.วุฒิประกร หล้าอี

เภสัชกรชำนาญการ

7.นพ.ปฎิญา สุริยงค์

นายแพทย์ชำนาญการ

8.พญ.ศศิวิมล มุลกะเยาว์

นายแพทย์ปฏิบัติการ

9.ร.ศ.ดร.เดชา ทำดี

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

10.ดร.วชิระ สุริยวงศ์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

11.ดร.วรรณภา พิพัฒน์ธนวังศ์

อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

ผู้จัดการวารสาร

1.นายนันทรรัตน์ ปัญญามูล

กลุ่มงานสุขศึกษา

สารบัญ

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
The Effect of a Self-Management Promotion Program of Anti Antiretroviral Medication Adherence among People Living with HIV/AIDS at Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province
สินีนุช สุวรรณศรี 1
2. การศึกษาและพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่
A Study and Development of Approaches for Capacity Building of Village Health Volunteers in Prevention and Control of Non-Communicable Diseases in Mae On District, Chiang Mai Province.
สมภพ เก่งวินิจ.....21
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลราชวิถีนครพิงค์
Health Literacy and Health Behaviors among Patients with Controlled and Uncontrolled Hypertension at Rajavithi Nakornping Hospital
สิริพร นภานิวติกุล.....43
4. ความเข้าใจและมุมมองของผู้นำชุมชน ต่อการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
Understanding and Perspectives of Community Leaders on Community-Based Drug Treatment and Rehabilitation (CBTx) in Jom Thong District, Chiang Mai Province
เศรษฐพงศ์ อุดมพิบูลภัทร.....60
5. โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่
Effectiveness of a Participatory Quality of Life Development Program on Knowledge and Practices in Diabetes Care Among Village Health Volunteers in Omkoi District, Chiang Mai Province
ชัยรัตน์ เรืองฤทธิ์ 82

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

นิพนธ์ต้นฉบับ

6. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ
ตำบลช้างเค็ญ อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่
Development of Caregiver Capacity through Community Participation in Screening for
Fall Risk among Older Adult in, Chang Kheng Subdistrict, Mae Cheam District, Chiang Mai
Province
ศิริพร กันทจันทร์.....99
7. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรง
แบบการจัดการรายกรณีโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
Development of a Digital Technology-Based Case Management Model for the Care
of Psychiatric and Substance Use Patients SMI-V
วราภรณ์ ภูมิชัย.....121

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ต่อความ
สม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

The Effect of a Self-Management Promotion Program of Antiretroviral
Medication Adherence among People Living with HIV/AIDS at Sanpatong
Hospital, Chiang Mai Province

สินีนุช สุวรรณศรี Sininuch Suwannase *

Received: Nov 04, 2025 | Revised: Dec 29, 2025 | Accepted: Jan 07, 2026

บทคัดย่อ

ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (ART adherence) เป็นปัจจัยสำคัญในการบรรลุแนวคิด “U = U” (Undetectable = Untransmittable) อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนล้มหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อระดับความรู้ ความเชื่อมั่น และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี การวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการที่คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา 3 ครั้ง และการติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความเชื่อมั่น Thai Self-Efficacy Scale for Antiretroviral Therapy (T-SES-ART) และตัวชี้วัดความสม่ำเสมอในการรับประทานยา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired samples t-test, Independent samples t-test, Analysis of Covariance (ANCOVA) และ Chi-square test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ความเชื่อมั่น และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยเฉพาะด้านความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง เมื่อควบคุมคะแนนก่อนการทดลองแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 190.02, p < .001, \text{Partial } \eta^2 = 0.769$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ร้อยละ 96.88 ± 2.58 สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 89.85 ± 8.01 และมีสัดส่วนผู้ที่มีความสม่ำเสมอในระดับสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 76.67 เทียบกับร้อยละ 40.00)

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ความเชื่อมั่น และพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเสริมประสิทธิภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, ยาต้านไวรัสเอชไอวี, ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันป่าตอง จ.เชียงใหม่ Email: yayee1844@gmail.com

* Registered nurse, Sanpatong Hospital Email: yayee1844@gmail.com

Abstract

Adherence to antiretroviral therapy (ART) is a key determinant in achieving the “U = U” (Undetectable = Untransmittable) concept. However, a proportion of people living with HIV still experience missed or inconsistent medication use. This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a self-management promotion program on knowledge, self-efficacy, and ART adherence among people living with HIV. A quasi-experimental two-group pretest–posttest design was conducted at the antiretroviral clinic of Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province. A total of 60 participants were recruited and equally assigned to a control group ($n = 30$) and an experimental group ($n = 30$). The experimental group participated in an 8-week program consisting of three counseling sessions and two telephone follow-ups. Research instruments included a knowledge test, the Thai Self-Efficacy Scale for Antiretroviral Therapy (T-SES-ART), which was developed and validated in the Thai context, and an ART adherence measure. Data were analyzed using descriptive statistics, Paired-samples t-test, Independent samples t-test, Analysis of Covariance (ANCOVA), and Chi-square test, with a significance level set at .05.

The results showed that after the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher levels of knowledge, self-efficacy, and adherence to antiretroviral therapy than the control group ($p < .001$). In particular, after controlling for baseline scores, the experimental group had significantly higher self-efficacy scores than the control group ($F = 190.02$, $p < .001$, Partial $\eta^2 = 0.769$). In addition, the experimental group had a higher mean percentage of medication adherence (96.88 ± 2.58) compared with the control group (89.85 ± 8.01), and a greater proportion of participants achieved a high level of adherence (76.67% compared with 40.00%).

In conclusion, the self-management promotion program was effective in improving knowledge, self-efficacy, and consistent adherence to ART. The program can be applied in antiretroviral clinics of general hospitals to enhance the quality of care for people living with HIV.

Keywords: self-management, antiretroviral therapy, medication adherence, people living with HIV

บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 39 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 630,000 คน (UNAIDS, 2023) สำหรับประเทศไทยยังคงพบผู้ติดเชื้อรายใหม่อย่างต่อเนื่อง โดยหนึ่งในปัญหาหลักคือการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้เกิดการดื้อยา การกลับเป็นซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Department of Disease Control, 2023; WHO,

2021)

ในประเทศไทยได้นำแนวทาง “การรักษาเพื่อการป้องกัน” (Treatment as Prevention: TasP) และเป้าหมาย “95–95–95” มาใช้ในการยุติปัญหาเอดส์ โดยมุ่งให้ผู้ติดเชื้อทราบสถานะ ได้รับยาต้านไวรัส และคงระดับไวรัสจนตรวจไม่พบ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยวินัยในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าร้อยละ 95.00 (WHO, 2021; UNAIDS, 2023) ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (adherence) ประกอบด้วย ปัจจัย

ส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง (self-efficacy) ปัจจัยด้านยา เช่น ความซับซ้อนของสูตรยา และปัจจัยระบบบริการ เช่น ค่าใช้จ่ายและระยะเวลารอคอยบริการ (WHO, 2021)

โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระบบ 1,330 ราย (ข้อมูลเดือนกันยายน 2567) ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 733 ราย (ร้อยละ 59.59) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25–49 ปี จำนวน 430 ราย (ร้อยละ 34.96) กลุ่มอายุ 20–24 ปี จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 1.46), อายุ 15–19 ปี จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 0.49), และอายุ 10–14 ปี จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.16) จากการทบทวนข้อมูลทางคลินิก พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 198 ราย (ร้อยละ 14.89) มีพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้พบผู้ป่วยที่มีภาวะดื้อยาต้านไวรัสจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 0.30) และผู้ป่วยที่เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 3.23) นอกจากนี้ ยังพบผู้ติดเชื้อที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 0.45) การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัญหาการรับประทานยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอมีสาเหตุสำคัญ ได้แก่ การขาดแรงจูงใจในการรักษา ผลข้างเคียงจากยา และข้อจำกัดด้านเวลาในการทำงานหรือรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่แน่นอน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่า การไม่ปฏิบัติตามการรักษา (non-adherence) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ

การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอช่วยลดปริมาณไวรัส เพิ่มภูมิคุ้มกัน และลดการแพร่เชื้อตามแนวคิด “U = U” (WHO, 2021; UNAIDS, 2023) งานวิจัยในประเทศ (Phongthong, 2019) และต่างประเทศ (Spaan, 2020; Sun, 2023) พบว่าการจัดการตนเองและการใช้เทคโนโลยี mHealth สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่งานในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ เช่น เอลิโอบีเย เคนยา และเวียตนาม (Aneri, 2020; Mills, 2018; Tran, 2017)

รายงานผลใกล้เคียงกัน แต่ผลลัพธ์ยังแตกต่างตามบริบททางสังคมและระบบสุขภาพ

แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) อธิบายว่าการปรับพฤติกรรมให้ยั่งยืนต้องอาศัยการเฝ้าสังเกต การประเมิน และการเสริมแรงตนเอง สอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของ Bandura (1986) ที่เน้นการสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมตนเอง แนวคิดทั้งสองนี้เป็นพื้นฐานของการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลต่อระดับความเชื่อมั่นและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยการใช้วิจัยแบบกึ่งทดลอง สองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

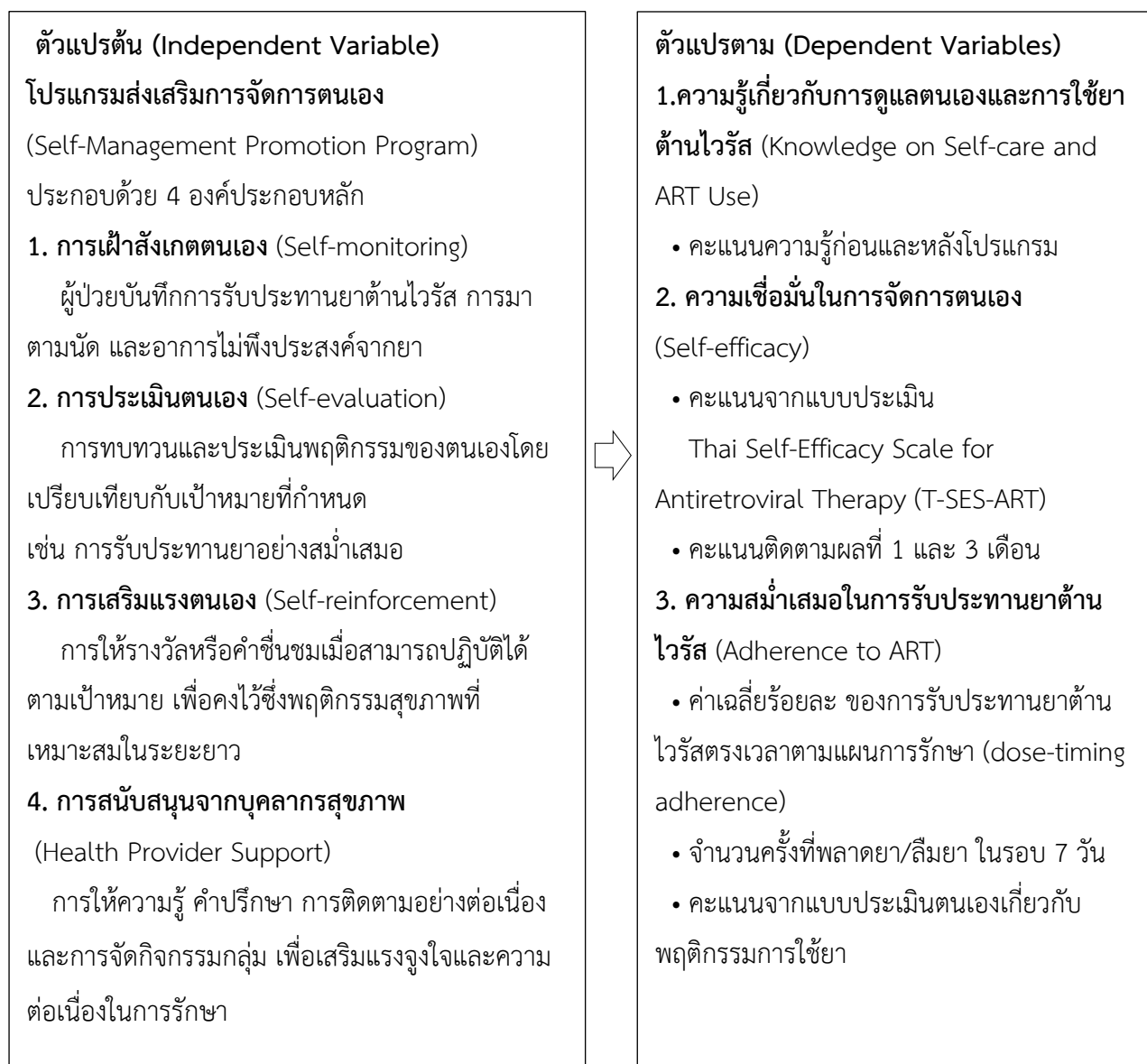
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการใช้ยาต้านไวรัส ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง (self-efficacy) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเฝ้าสังเกตตนเอง การประเมินตนเอง การเสริมแรงตนเอง และการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ โดยเชื่อมโยงกับแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2021) เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง (Self-Management Promotion Program) มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความรู้และความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง

(self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กับการให้ความรู้ตามแนวทางปกติของคลินิกยาต้านไวรัส ต่อผลลัพธ์

ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง และ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร (Population)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการที่คลินิกยาต้านไวรัส โรงพยาบาลสันป่าตอง

จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568

2. กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

ผู้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวนทั้งสิ้น 60 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มควบคุม (Control Group) ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานของคลินิกยาต้านไวรัส ได้แก่ การรับยาและการให้คำแนะนำทั่วไปในคลินิก

กลุ่มทดลอง (Experimental Group) ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (self-management)

3. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ (Independent-samples t-test) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยอ้างอิงค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาของ Nuin (2020) ซึ่งรายงานค่า Cohen's $d = 1.70$ จัดอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ของ Cohen (1988)

การคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = .05$) และกำลังการทดสอบ (power = .80) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 7 ราย (รวม 14 ราย) อย่างไรก็ตาม เพื่อเพิ่มความแม่นยำของผลการวิเคราะห์และรองรับการสูญเสียข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 ราย ซึ่งเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Analysis of Covariance (ANCOVA)

4. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ และมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน
2. มีค่า Viral load > 50 copies/mL ภายใน 6 เดือนล่าสุด
3. มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส (ARV adherence) $< 95\%$
4. อายุ ≥ 18 ปี (หรือ 18–70 ปี หากต้องการกำหนดเพดาน)
5. สามารถสื่อสารภาษาไทยและร่วมตอบแบบสอบถามได้
6. ได้รับการติดตามรักษาที่คลินิก ARV โรงพยาบาลสันป่าตองอย่างน้อย 3 เดือน
7. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม
8. มีโทรศัพท์มือถือหรือสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้

5. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะทางจิตเวชหรือสติสัมปชัญญะบกพร่องจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือโรคแทรกซ้อนรุนแรงในช่วงเก็บข้อมูล
3. มีการเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสภายใน 1 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการ
4. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ครบถ้วนตลอดระยะเวลาศึกษา
5. ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยระหว่างดำเนินการศึกษา
6. มีค่า Viral load < 50 copies/mL ภายใน 6 เดือนล่าสุด (สอดคล้องกับช่วงเวลาของเกณฑ์เข้า)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management model) ของ Kanfer (1991) ร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2021) เพื่อเสริมศักยภาพของผู้ป่วยในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพและการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

โครงสร้างของโปรแกรมได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลักตามแนวคิดของ Kanfer (1991) ดังนี้

1. การเฝ้าสังเกตตนเอง (Self-monitoring)

ผู้ป่วยบันทึกพฤติกรรมรับประทานยาด้านไวรัส การมาตามนัด และอาการไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

2. การประเมินตนเอง (Self-evaluation)

ผู้ป่วยทบทวนและประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น การรับประทานยาด้านไวรัสอย่างตรงเวลาและสม่ำเสมอ

3. การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement)

การเสริมแรงเชิงบวกผ่านการให้กำลังใจ คำชื่นชม หรือการรับรู้ความสำเร็จของตนเอง เมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะยาว

4. การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ (Health Provider Support)

การให้ความรู้ คำปรึกษา การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการเสริมพลังผ่านกิจกรรมให้

คำปรึกษาและการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมหวังเสริมสร้าง **ความรู้ ความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง (self-efficacy)** และ **ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (adherence to ART)** ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการควบคุมระดับไวรัสและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.2 คู่มือการดูแลตนเอง

เป็นเอกสารให้ความรู้สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสอย่างมีวินัย การจัดการผลข้างเคียงจากยา การดูแลสุขภาพกายและจิตใจ รวมถึงการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างปลอดภัย เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

1.3 แบบติดตามทางโทรศัพท์และสมุดบันทึกการรับประทานยา

ใช้เป็นเครื่องมือเสริมในการติดตามและประเมินพฤติกรรมรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี ความสม่ำเสมอในการใช้ยา ปัญหา อุปสรรค และอาการข้างเคียงจากยา โดยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด ได้แก่

1.3.1 แบบฟอร์มติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวีทางโทรศัพท์

เป็นแบบฟอร์มที่ผู้วิจัยหรือพยาบาลใช้สัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ปัญหา และอุปสรรคในการใช้ยา รวมถึงอาการข้างเคียงจากยา โดยดำเนินการติดตามจำนวน 2 ครั้ง ได้แก่

- ครั้งที่ 1 หลังสัปดาห์ที่ 1 ของการเข้าร่วมโปรแกรม
- ครั้งที่ 2 หลังสัปดาห์ที่ 4 ของการเข้าร่วมโปรแกรม

1.3.2 สมุดบันทึกการรับประทานยาด้านไวรัสเอชไอวี

เป็นสมุดบันทึกที่ให้ผู้เข้าร่วมโครงการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยบันทึกข้อมูลรายวัน ได้แก่ การรับประทานยาตรงเวลาหรือไม่ตรงเวลา (เกิน 30 นาที) การรับประทานยาครบหรือไม่ครบ รวมถึง ปัญหา อุปสรรค และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ข้อมูลจากสมุดบันทึกใช้ประกอบการประเมินพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการใช้ยา

1.4 สื่อภาพประกอบการอธิบาย (PowerPoint)

ใช้เป็นสื่อสนับสนุนการให้ความรู้ โดยนำเสนอเนื้อหาด้วยภาพและข้อความที่เข้าใจง่าย ครอบคลุมการใช้ยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการรับยาต้านไวรัส และข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของกลุ่มก่อนการทดลอง

2.2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการใช้ยาต้านไวรัส

เป็นแบบทดสอบแบบถูก-ผิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ ใช้ประเมินความรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการใช้ยาต้านไวรัส ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับการ

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการผลข้างเคียงจากยา และการมาตรวจตามนัด

การให้คะแนนกำหนดให้ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับความรู้ที่มากขึ้น แบบทดสอบนี้ใช้เปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2.3 แบบประเมินความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง (Thai Self-Efficacy for ART Self-Management Scale: T-SES-ART)

เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ ใช้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการจัดการพฤติกรรม การใช้ยาต้านไวรัส แบบประเมินครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การจัดการอุปสรรคจากการใช้ยา การคงอยู่ในการรักษาและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนระดับความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองที่สูงขึ้น แบบประเมินนี้ใช้เปรียบเทียบระดับความเชื่อมั่นก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2.4 แบบประเมินพฤติกรรมและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Adherence rate)

เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรม การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง โดยประเมินจากข้อมูลการรายงานตนเองร่วมกับสมุดบันทึกการรับประทานยา และการตรวจสอบจำนวนยาคงเหลือ การคำนวณอัตราความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสดำเนินการโดยใช้วิธีการนับเม็ดยา (pill count) ร่วมกับการรายงานตนเอง โดยคำนวณตามสูตรดังนี้

Adherence rate (%) = ((จำนวนยาที่จ่ายให้ - จำนวนยาคงเหลือ) / จำนวนยาที่ควรรับประทานในช่วงเวลาที่ประเมิน) × 100

โดยจำนวนยาที่ควรรับประทานในช่วงเวลาที่ประเมิน คำนวณจากจำนวนวันที่อยู่ในช่วงการประเมินคูณด้วยจำนวนเม็ดยาที่ต้องรับประทานต่อวันตามแผนการรักษา ผลการประเมินนำมาใช้เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้เข้าร่วมการวิจัย

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.1 ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการใช้ยาต้านไวรัส แบบประเมินความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง (Thai Self-Efficacy Scale for Antiretroviral Therapy Self-Management: T-SES-ART) แบบฟอร์มติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสทางโทรศัพท์ สมุดบันทึกการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และแบบประเมินพฤติกรรมและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี 2 ท่าน พิจารณาความตรงตามเนื้อหา โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมินพบว่า เครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) อยู่ในช่วง 0.92–0.95 ซึ่งแสดงถึงความเหมาะสมและความสอดคล้องของเนื้อหาในระดับ ดีมาก

3.2 ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 20 ราย เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผลการวิเคราะห์พบว่า

- แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการใช้ยาต้านไวรัส มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 = 0.868

- แบบประเมินความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง (T-SES-ART) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.974

ซึ่งค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งสองฉบับอยู่ในเกณฑ์ ดีมาก (≥ 0.70) แสดงว่าเครื่องมือมีความสม่ำเสมอและสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การวิจัยนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจัดทำโครงการวิจัยและยื่นขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ และดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว

2. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกเอชไอวีซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย

3. อธิบายโครงการและขอความยินยอม

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษา ก่อนให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent)

4. เก็บข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและสุขภาพ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการใช้ยาต้านไวรัส แบบประเมินความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง (Self-efficacy) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยาต้านไวรัส ก่อนการดำเนินโปรแกรม

5. ดำเนินโปรแกรม

กลุ่มควบคุม (Control Group)

ได้รับการดูแลตามแนวทางมาตรฐานของคลินิกเอชไอวี ได้แก่ การรับยาต้านไวรัสและการให้คำแนะนำทั่วไปจากบุคลากรทางการแพทย์

กลุ่มทดลอง (Experimental Group)

ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) โดยประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. การประเมินและวางแผนการจัดการตนเอง

ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การใช้ยาต้านไวรัส ผลข้างเคียงจากยา และปัญหาการลืมยา รวมถึงการร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนพฤติกรรมการดูแลตนเองกับผู้ป่วย

2. การเตรียมความพร้อมและฝึกทักษะ

สาธิตการใช้กล่องยา การบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกการรับประทานยา และใช้สื่อ PowerPoint

ประกอบการอธิบาย พร้อมให้คำแนะนำรายบุคคลตามบริบทของผู้ป่วย

3. การติดตามและประเมินผล

ดำเนินการติดตามทางโทรศัพท์ในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 เพื่อทบทวนปัญหา อุปสรรค และกระตุ้นความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนประเมินซ้ำในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานยา และการนับเม็ดยา (pill count) เพื่อประเมินความสม่ำเสมอในการใช้ยา

6. การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

หลังสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินโปรแกรม ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสองกลุ่มตอบแบบสอบถามและแบบประเมินชุดเดิมอีกครั้ง เพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการทดลอง และประเมินผลลัพธ์ด้านความรู้ ความเชื่อมั่น และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test และ Chi-square test

2. คะแนนความรู้ก่อน-หลัง วิเคราะห์ภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test พร้อมคำนวณขนาดอิทธิพล (Cohen's d)

3. ระดับความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง วิเคราะห์ด้วย ANCOVA โดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง พร้อมรายงานค่า F, p-value และ Partial η^2

4. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยร้อยละด้วย Independent t-test และ

เปรียบเทียบระดับความสม่ำเสมอ (ต่ำ-ปานกลาง-สูง)
ด้วย Chi-square test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.57 ± 8.89 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 47.93 ± 12.42 ปี ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = 1.66, p = 0.102$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี ร้อยละ 38.33 เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.33 และเพศหญิง ร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.67 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 88.33 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 40.00

มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 5,000–10,000 บาท ร้อยละ 60.00 และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 78.33

ผู้ดูแลเมื่อตนเองเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้อง ร้อยละ 48.33 มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ ร้อยละ 58.33 และผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ผลการทดสอบทางสถิติพบว่า ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนการดำเนินโปรแกรม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=60)	กลุ่มควบคุม (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ ($\bar{x} \pm SD$)	50.25 $\pm$ 10.96	52.57 $\pm$ 8.89	47.93 $\pm$ 12.42	0.102
กลุ่มอายุ(ปี)				0.206
<30	4 (6.67)	0 (0.00)	4 (13.33)	
30-39	5 (8.33)	3 (10.00)	2 (6.67)	
40-49	17 (28.33)	7 (23.33)	10 (33.33)	
50-59	23 (38.33)	14 (46.67)	9 (30.00)	
≥ 60	11 (18.33)	6 (20.00)	5 (16.67)	
เพศ				0.605
ชาย	32 (53.33)	15 (50.00)	17 (56.67)	
หญิง	28 (46.67)	15 (50.00)	13 (43.33)	
ระดับการศึกษา				0.270
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3 (5.00)	0 (0.00)	3 (10.00)	
ประถมศึกษา	37 (61.67)	21 (70.00)	16 (53.33)	
มัธยมศึกษา	16 (26.67)	7 (23.33)	9 (30.00)	
ปริญญาตรี	4 (6.67)	2 (6.67)	2 (6.67)	
อาชีพ				0.148
ไม่มีอาชีพ	5 (8.33)	1 (3.33)	4 (13.33)	

รับจ้าง	53 (88.33)	27 (90.00)	26 (86.67)	
รับราชการ	2 (3.33)	2 (6.67)	0 (0.00)	
สถานภาพสมรส				0.286
โสด	16 (26.67)	5 (16.67)	11 (36.67)	
สมรส	24 (40.00)	14 (46.67)	10 (33.33)	
หย่าร้าง	17 (28.33)	10 (33.33)	7 (23.33)	
หม้าย	3 (5.00)	1 (3.33)	2 (6.67)	
รายได้เฉลี่ย (ต่อเดือน)				0.318
ต่ำกว่า 5,000 บาท	15 (25.00)	8 (26.67)	7 (23.33)	
5,000-10,000 บาท	36 (60.00)	16 (53.33)	20 (66.67)	
10,001-15,000 บาท	5 (8.33)	2 (6.67)	3 (10.00)	
15,001-20,000 บาท	2 (3.33)	2 (6.67)	0 (0.00)	
20,001-25,000บาท	2 (3.33)	2 (6.67)	0 (0.00)	
สิทธิการรักษา				-
บัตรทอง	47 (78.33)	26 (86.67)	21 (70.00)	
ประกันสังคม	9 (15.00)	2 (6.67)	7 (23.33)	
เบิกจ่ายตรง	4 (6.67)	2 (6.67)	2 (6.67)	
ผู้ดูแลเมื่อตนเองเจ็บป่วย				0.180
บิดา มารดา	2 (3.33)	2 (6.67)	0 (0.00)	
สามีหรือภรรยา	20 (33.33)	11 (36.67)	9 (30.00)	
บุตร	9 (15.00)	6 (20.00)	3 (10.00)	
ญาติพี่น้อง	29 (48.33)	11 (36.67)	18 (60.00)	
การเปิดเผยสถานะติดเชื้อ				0.793
เปิดเผย	35 (58.33)	18 (60.00)	17 (56.67)	
ปกปิด	25 (41.67)	12 (40.00)	13 (43.33)	

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการใช้ยาต้านไวรัส ก่อนและหลังการทดลอง ภายในและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ก่อนและหลังการทดลอง (9.67 ± 1.81 และ 10.27 ± 1.82 ตามลำดับ) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = -1.30, p = .204$) แสดงว่าการให้ความรู้ตามแนวทางปกติไม่ส่งผลต่อการเพิ่มระดับความรู้ของกลุ่มควบคุม

สำหรับกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้หลังการทดลอง (12.83 ± 1.18) สูงกว่าก่อนการทดลอง (10.13 ± 2.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(29) = -5.80, p < .001$) และมีความคาดหวังอยู่ในระดับสูง ($d = 1.06$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มระดับความรู้ของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้อย่างชัดเจน

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = -0.95, p$

= .346) อย่างไรก็ตาม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = -6.49, p < .001$) และมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูงมาก ($d = 1.53$) สะท้อนถึง

ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างศักยภาพและความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการใช้ยาต้านไวรัส ก่อนและหลังการทดลอง ภายในและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	ช่วงเวลา	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Cohen's d
ภายในกลุ่มควบคุม (n=30)	ก่อนทดลอง	9.67 $\pm$ 1.81			
	หลังทดลอง	10.27 $\pm$ 1.82	-1.30 (29)	0.204	0.24
ภายในกลุ่มทดลอง (n=30)	ก่อนทดลอง	10.13 $\pm$ 2.00			
	หลังทดลอง	12.83 $\pm$ 1.18	-5.80 (29)	< 0.001 *	1.06
ระหว่างกลุ่ม ควบคุมกับทดลอง	ก่อนทดลอง	9.67 $\pm$ 1.81 / 10.13 $\pm$ 2.00	-0.95 (58)	0.346	0.25
ระหว่างกลุ่ม ควบคุมกับทดลอง	หลังทดลอง	10.27 $\pm$ 1.82 / 12.83 $\pm$ 1.18	-6.49 (58)	< 0.001 *	1.53

หมายเหตุ: * $p < 0.001$ = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง (pre-test) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 190.02, p < .001$) และมีขนาดอิทธิพลบางส่วนอยู่ในระดับสูงมาก (Partial $\eta^2 = 0.769$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการเพิ่มความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

นอกจากนี้ คะแนนก่อนการทดลองมีอิทธิพลต่อคะแนนหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 104.79, p < .001, \text{Partial } \eta^2 = 0.648$) สะท้อนว่า ผู้ที่มีระดับความเชื่อมั่นเริ่มต้นสูงมีแนวโน้มคงไว้หรือพัฒนาความเชื่อมั่นได้ดีกว่า อย่างไรก็ตาม ขนาดอิทธิพลของโปรแกรมที่อยู่ในระดับสูงมาก (Partial $\eta^2 = 0.769$) บ่งชี้ว่า โปรแกรมสามารถเสริมสร้างแรงจูงใจภายในและการรับรู้ความสามารถของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการกำกับ ติดตาม และควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ของคะแนนความเชื่อมั่นในการจัดการตนเอง (Self-efficacy) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมผลของคะแนนก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน (Source)	ผลรวมกำลังสอง Type III SS	df	ค่าเฉลี่ย กำลังสอง (MS)	F	p-value	ขนาดอิทธิพล บางส่วน Partial η^2
แบบจำลองที่ปรับแก้แล้ว	1017.526	2	508.763	146.407	.000	.837
Corrected						
ค่าคงที่ (จุดตัดแกน)	1.181	1	1.181	0.340	.562	.006
Intercept						
คะแนนก่อนการทดลอง (ตัวแปรร่วม)	364.126	1	364.126	104.785	.000	.648
pre_Total						
กลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม	660.301	1	660.301	190.015	.000	.769
Group						
ความคลาดเคลื่อน	198.074	57	3.475	-	-	-
Error						
รวมทั้งหมด	127074.000	60	-	-	-	-
Total						
รวมทั้งหมด (ปรับแก้แล้ว)	1215.600	59	-	-	-	-
Corrected Total						

หมายเหตุ: $p < .05$ หมายถึงมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent Samples t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย ร้อยละความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = -4.57, p < .001$) และมีค่าขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับสูง ($d = 1.18$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองสามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างชัดเจน

เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสตามการจัด

กลุ่มระดับ (ต่ำ ปานกลาง และสูง) ด้วยสถิติ Pearson Chi-square test พบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ($\chi^2(2) = 8.62, p = .013$) โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ที่มีความสม่ำเสมอในระดับสูงมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 76.67 เทียบกับร้อยละ 40.00) ดังแสดงในตารางที่ 5

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่รายงานว่า มีอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างน้อยหนึ่งประการ (ร้อยละ 73.33) โดยอุปสรรคที่พบมากที่สุด ได้แก่ เวลาทำงานไม่แน่นอน (ร้อยละ 28.33) รองลงมาคือความรู้สึกเบื่อหรือไม่อยากรับประทานยา (ร้อยละ 10.00) และผลข้างเคียงจากยา (ร้อยละ 10.00)

โดยสรุป ค่าขนาดอิทธิพลที่อยู่ในระดับสูง ($d = 1.18$) สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีผลอย่างชัดเจนต่อการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด

การจัดการตนเองที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรับผิดชอบและวินัยในการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรวมความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	n	Mean $\pm$ SD	t(df)	p-value	Effect size (Cohen's d)
ควบคุม	30	89.85 $\pm$ 8.01			
ทดลอง	30	96.88 $\pm$ 2.58	-4.57 (58)	< 0.001*	1.18

*ใช้ Independent Samples t-test เนื่องจากข้อมูลกระจายปกติ

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่ม	ระดับความสม่ำเสมอ	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม	p-value
ควบคุม (n=30)	จำนวน (ร้อยละ)	1 (3.33)	17 (56.67)	12 (40.00)	30 (100)	
ทดลอง (n=30)	จำนวน (ร้อยละ)	0 (0.00)	7 (23.33)	23 (76.67)	30 (100)	0.013*
รวม (n=60)	จำนวน (ร้อยละ)	1 (1.67)	24 (40.00)	35 (58.33)	60 (100)	

ทดสอบด้วย Pearson Chi-square test: $\chi^2(2) = 8.62, p = 0.013$

การอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี ซึ่งสะท้อนแนวโน้มของสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยที่มีอายุเพิ่มสูงขึ้น อันเป็นผลมาจากการเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อมีอายุยืนยาวและเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุมากขึ้น สอดคล้องกับรายงานของ Department of Disease Control (2023) ที่ระบุว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 45 ปีขึ้นไป ในด้านเพศ พบว่าผู้ติดเชื้อเพศชายมีสัดส่วนมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ UNAIDS (2023) ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเพศชายยังคงเป็นกลุ่มหลักในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผลดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการออกแบบมาตรการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบททางเพศและบทบาททางสังคมของผู้ติดเชื้อ

ด้านระดับการศึกษาและอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งบ่งชี้ถึงข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม อาจส่งผลต่อการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา และความสามารถในการจัดการตนเอง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Phuengphae (2021) ที่พบว่าผู้ติดเชื้อในกลุ่มเศรษฐกิจระดับล่างมีความเสี่ยงต่อการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาเนื่องจากข้อจำกัดด้านรายได้และเวลาในการดำรงชีวิต

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Udomkhamasuk (2014) ที่รายงานว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยรุ่นและเยาวชน และมีปัจจัยเสี่ยงด้านจิตสังคม เช่น ความกลัวการตีตราและการขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ความแตกต่างดังกล่าวอาจสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงเวลาที่

ต่างกัน รวมถึงบริบททางสังคมและระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000–10,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของ National Health Security Office (2023) ที่ระบุว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือส่วนใหญ่อยู่ในระบบบัตรทองและมีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศ สะท้อนบทบาทสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันก่อนการทดลอง ซึ่งช่วยลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน และสนับสนุนความน่าเชื่อถือของผลการทดลอง อันเป็นไปตามหลักการของการวิจัยกึ่งทดลอง (Polit, 2021)

โดยสรุป ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ทั้งในด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ สะท้อนบริบทของการดูแลผู้ติดเชื้อในคลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชน และสามารถเป็นตัวแทนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ภาคเหนือได้ในระดับหนึ่ง

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการใช้ยาต้านไวรัส ก่อนและหลังการทดลอง ภายในและระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและการใช้ยาต้านไวรัสสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(58) = -6.49$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.53$) และภายในกลุ่ม

ทดลองเอง คะแนนหลังทดลองเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($t(29) = -5.80$, $p < .001$, Cohen's $d = 1.06$) แสดงว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม กลุ่มควบคุมมีคะแนนหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) ซึ่งอาจเนื่องมาจากการได้รับเพียงการให้คำแนะนำทั่วไประหว่างรอรับยา โดยไม่มีการติดตามหรือกระตุ้นให้ทบทวนความรู้ ส่งผลให้เกิดการหลงลืมหรือขาดแรงจูงใจในการจดจำข้อมูล (Hlongwa, 2022; Phongthong, 2019) นอกจากนี้ กลุ่มควบคุมอาจได้รับข้อมูลในรูปแบบการสื่อสารเชิงบอกเล่า (didactic teaching) มากกว่าการมีส่วนร่วมแบบโต้ตอบ ทำให้ไม่เกิดการเรียนรู้เชิงลึกตามหลัก adult learning (Knowles, 2020) ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) ซึ่งเน้นการเฝ้าสังเกต ประเมิน และเสริมแรงตนเอง และได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า โปรแกรม self-management ช่วยเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองและความร่วมมือในการรักษา นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานของ Areri (2020) และ Suwannakit (2020) ที่พบว่าโปรแกรมลักษณะดังกล่าวช่วยเพิ่มความรู้และความตระหนักในการใช้ยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม Crowley (2021) รายงานว่า ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในกลุ่มวัยรุ่นหรือในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดอาจยังไม่แน่นอน เนื่องจากผู้เข้าร่วมมักมีความไม่ต่อเนื่องในการเข้ารับบริการ ขณะที่ Jara (2024) พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบางกลุ่ม โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ยังมีระดับการจัดการตนเองต่ำ เนื่องจากมีอุปสรรคด้านความเข้าใจ เรื่องโรค ความเชื่อทางวัฒนธรรม และความเหนียวแน่นจากการรักษา

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อยและเก็บข้อมูลในคลินิกเดียว ซึ่งอาจจำกัดการทั่วไปของผลลัพธ์ และผู้ตอบอาจแสดงพฤติกรรมตามความคาดหวังของผู้วิจัย (social desirability bias) ในอนาคตควรขยายการประยุกต์ใช้โปรแกรมไปยังคลินิกyard้านไวรัส (ART clinics) อื่น ๆ และพัฒนาเครื่องมือสื่อสารผ่านระบบดิจิทัล (mHealth) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามต่อเนื่อง

การเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยควบคุมคะแนนก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 190.02, p < .001, \text{Partial } \eta^2 = 0.769$) ซึ่งแสดงถึงขนาดอิทธิพลในระดับสูงมาก สะท้อนว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพผลอย่างชัดเจนในการเพิ่มความเชื่อมั่นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการดูแลและจัดการตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัส

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Areri (2020) และ Chow (2021) ซึ่งรายงานว่าโปรแกรมที่เน้นการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรสุขภาพ สามารถเพิ่มระดับความเชื่อมั่นในตนเองและส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Schulman-Green (2016) ที่ระบุว่า การเฝ้าสังเกตตนเอง การประเมินตนเอง และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ เป็นกลไกสำคัญในการเสริมสร้างความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานของ Ngure (2023) และ Tran (2017) ซึ่งพบว่าการเพิ่มระดับความเชื่อมั่นในตนเองเพียงอย่างเดียวไม่

เพียงพอต่อการปรับพฤติกรรมรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยอาจได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคม ปัจจัยจิตสังคม และพฤติกรรมเสี่ยงร่วม

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองที่บูรณาการการติดตามและการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021)

การเปรียบเทียบความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปกติอย่างชัดเจน และมีสัดส่วนผู้ที่สามารถคงพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่องในระดับสูงมากกว่า แสดงให้เห็นว่าโปรแกรดังกล่าวสามารถเสริมสร้างความต่อเนื่องในการใช้ยาและลดปัญหาการลืมยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1991) ซึ่งเน้นกระบวนการเฝ้าสังเกตตนเอง การประเมินพฤติกรรม และการเสริมแรงตนเอง ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ กลไกเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพของตนเองมากขึ้น และสามารถควบคุมการใช้ยาต้านไวรัสได้อย่างต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยผ่านการใช้สมุดบันทึกการรับประทานยาและการติดตามทางโทรศัพท์อย่างสม่ำเสมอมีบทบาทสำคัญในการเสริมแรงจูงใจภายใน สอดคล้องกับแนวคิดของ Schulman-Green (2016) ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยในกระบวนการจัดการตนเองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานของ Areri (2020) ที่รายงานว่า โปรแกรม self-management ช่วยเพิ่มความ

สม่ำเสมอในการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากรายงานของ Mills (2018) ซึ่งพบว่า การติดตามผ่านโทรศัพท์เพียงอย่างเดียวในบางประเทศไม่สามารถเพิ่มความสม่ำเสมอในการใช้ยาได้ ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และความพร้อมด้านเทคโนโลยี รวมถึงรูปแบบการออกแบบโปรแกรมที่ต่างกัน สะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิผลของการจัดการตนเองอาจแปรผันตามบริบทของผู้ป่วยและระบบบริการสุขภาพ

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่าอุปสรรคต่อการใช้ยาต่อเนื่องส่วนใหญ่มาจากลักษณะการทำงานที่มีเวลาไม่แน่นอน ความเหนื่อยล้าหรือแรงจูงใจที่ลดลงจากการใช้ยาในระยะยาว รวมถึงผลข้างเคียงจากยา ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Phuengphae (2021) และรายงานของ UNAIDS (2023) ที่ระบุว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและภาระงานเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการปฏิบัติตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลสูงในการเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส และสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) ที่เน้นการบูรณาการแนวคิด self-management เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ความรับผิดชอบ และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ความเชื่อมั่น และความสม่ำเสมอในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สะท้อนถึงสำคัญของการสนับสนุนการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Bandura และ Kanfer

ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในบริการสุขภาพระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอเชิงนโยบายและการปฏิบัติ พยาบาลควรมีบทบาทในการให้คำปรึกษา ติดตาม และสนับสนุนผู้ป่วยในชุมชน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมบูรณาการโปรแกรมที่นำโดยพยาบาลเข้าสู่คลินิกยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อสนับสนุนเป้าหมายระดับประเทศ “95-95” ตามแนวทางองค์การอนามัยโลก (WHO, 2021)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ SPT REC 036/2568

เอกสารอ้างอิง

- Areri, HA., Oyetunde, MO., Mtshali, NG. (2020). Self-management experiences among people living with HIV attending antiretroviral therapy clinics in Ethiopia. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 31(2): 187–196.
- Areri, HA., Oyetunde, MO., Mtshali, NG. (2020). Self-management experiences among people living with HIV on antiretroviral therapy in Ethiopia: A qualitative study. BMC Public Health, 20(1): 1–12.
- Areri, HA., Oyetunde, MO., Mtshali, NG. (2020). The effect of self-management training on knowledge and medication adherence among people living with HIV in

- Ethiopia. BMC Public Health, 20(1): 1–9.
- Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.** New jersey: Prentice-Hall. Boucher, L., Liddy, C., McGrath, J. (2022). **Peer-led self-management interventions and adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV: A process impact evaluation.** Patient Education and Counseling, 105 (4): 954-961.
- Chow, EPF., Chen, X., Jing, J., Zhang, L. (2021). **Effect of nurse-led adherence counseling on antiretroviral therapy adherence and psychological well-being among people living with HIV in Asia.** AIDS Care, 33(6): 707–714.
- Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences** (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crowley, T., Van Der Merwe, A., Kidd, M., Skinner, D. (2021). **Adolescent HIV self-management interventions: A systematic review of the evidence.** AIDS and Behavior, 25(5): 1443–1460.
- Department of Disease Control. (2023). **Thailand AIDS response progress report 2023.** Nonthaburi: Ministry of Public Health, Thailand.
- Department of Health and Human Services (HHS). (2021). **Ending the HIV epidemic: A plan for America.** U.S. Department of Health and Human Services. [online]. Retrieved October 1, 2025 from <https://www.hiv.gov/federal-response/ending-the-hiv-epidemic/overview>
- Hlongwa, M., Mashamba-Thompson, T., Makhunga, S., Bhengu, B. (2022). **Barriers to effective antiretroviral therapy adherence education in public clinics: A qualitative study.** BMC Health Services Research, 22(1), 435–442.
- Jara, J., De La Cruz, M., Roldán, M. (2024). **Self-management behavior and adherence to antiretroviral therapy among adults with HIV in resource-limited settings.** BMC Public Health, 24(1): 622–631.
- Kanfer, FH., & Gaelick-Buys, L. (1991). **Self-management methods.** Oxford: Pergamon Press.
- Knowles, MS., Holton, EF., Swanson, RA. (2020). **The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development** (9th ed.). Routledge.
- Mills, EJ., Lester, R., Thorlund, K., Lorenzi, M., Muldoon, K., Kanters, S., Nachega, JB. (2018). **Interventions to promote adherence to antiretroviral therapy in Africa: A network meta-analysis.** The Lancet HIV, 5(12): e665–e672.

- National Health Security Office. (2023). **Annual report on HIV treatment and care under the universal coverage scheme.** Bangkok: National Health Security Office.
- Ngure, TA., Mulu, GB., Kebede, MA., Fenta, MM. (2023). **Self-efficacy of people living with HIV for self-management and its associated factors at the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital.** BMC Public Health, 23(1): 822–831.
- Niu, L., Luo, D., Liu, Y., Silenzio, VMB., Xiao, S. (2020). **The effectiveness of a nurse-led self-management program on medication adherence among people living with HIV: A randomized controlled trial.** Patient Education and Counseling, 103(12): 2472–2479.
- Nuin, P. (2020). **The effect of a holistic health care program on self-care behaviors among people living with HIV/AIDS.** Master's dissertation, Chiang Mai University Chiang Mai, Thailand.
- Phong thong, S. (2019). **The effect of a self-management support program on antiretroviral adherence among people living with HIV in Thailand.** Master's dissertation, Mahidol University, Nakornpathom, Thailand.
- Phuengphae, W., Charoensuk, S., Boonyasopun, U. (2021). **Factors influencing antiretroviral adherence among Thai adults living with HIV.** Thai Journal of Nursing Research, 35(2): 112-123.
- Polit, DF., & Beck, CT. (2021). **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice** (11th ed.). Netherlands: Wolters Kluwer.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Park, C., Whitemore, R. (2016). **A meta-synthesis of factors affecting self-management of chronic illness.** Journal of Advanced Nursing, 72(7): 1469–1489.
- Spaan, P., van Luenen, S., Garnefski, N., Kraaij, V. (2020). **Psychosocial interventions enhance HIV medication adherence: A systematic review and meta-analysis.** Health Psychology Review, 14(3): 408– 432.
- Sun, W., Liu, M., Li, J. (2023). **Effects of mHealth interventions on medication adherence i people living with HIV: A meta-analysis of randomized controlled trials.** AIDS Care, 35(4): 445–453.
- Suwannakit, S., Rungroj, S., Chamnan, P. (2020). **Effect of a self-management education program on antiretroviral adherence among Thai adults living with HIV.** Thai Journal of Nursing Research, 34(3): 201–210.
- Tran, BX., Nguyen, LH., Phan, HT., Latkin, CA. (2017). **Antiretroviral therapy adherence and self-efficacy among people living with HIV and a history**

- of drug use in Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6): 699.
- Udomkhamasuk, W., Siripornpanich, V., Wongchalee, T. (2014). **Factors associated with antiretroviral therapy adherence among adolescents living with HIV in Thailand.** *Journal of Health Science Research*, 8(1): 45–53.
- UNAIDS. (2023). **Global AIDS update 2023: The path that ends AIDS.** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). [Online]. Retrieved October 1, 2025 from <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>
- UNAIDS. (2023). **Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet.** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). [Online]. Retrieved October 1, 2025 from <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>.
- World Health Organization. (2021). **Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: Recommendations for a public health approach.** [Online]. Retrieved October 20, 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>

การศึกษาและพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกัน
และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

A Study and Development of Approaches for Capacity Building of
Village Health Volunteers in Prevention and Control of
Non-Communicable Diseases in Mae On District, Chiang Mai Province.

สมภพ เก่งวินิจ (Somphop Kengvinit)*

Received: Jan 01, 2026 | Revised: Jan 08, 2026 | Accepted: Jan 29, 2026

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 75 ในประเทศไทย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม ยังขาดการศึกษาเชิงระบบที่ครอบคลุมศักยภาพทั้ง 4 มิติและการพัฒนาแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ เจตคติ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานของ อสม. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพ และประเมินประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้น

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางร่วมกับการประเมินผลก่อนและหลังการทดลองใช้แนวทางกลุ่มตัวอย่างคือ อสม. ในอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 270 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนจาก 6 ตำบล เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67-1.00) และความเที่ยง (Cronbach's alpha = 0.89) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ และการทดสอบทีแบบจับคู่

ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.63) ทักษะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.45$) เจตคติอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.12$) และความมั่นใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.52$) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะ ($r = 0.58, p < 0.001$) และทักษะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความมั่นใจ ($r = 0.67, p < 0.001$) ตัวแปรอิสระร่วมกันทำนายทักษะการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 68 ($R^2 = 0.68$) โดยความรู้เป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุด ($\beta = 0.35$) แนวทางการเสริมสร้างศักยภาพที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ การสร้างเครือข่ายเรียนรู้ การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และการเสริมแรงทางบวก การทดลองใช้แนวทางกับ อสม. จำนวน 50 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการใช้แนวทางสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.001$) โดยมีขนาดผลกระทบระดับใหญ่ในด้านความรู้ (Cohen's $d = 1.38$) ทักษะ ($d = 1.14$) และความมั่นใจ ($d = 1.04$) และขนาดผลกระทบระดับกลางในด้านเจตคติ ($d = 0.69$)

โดยสรุป อสม. มีศักยภาพด้านเจตคติในระดับดี แต่ยังต้องการการพัฒนาด้านความรู้และทักษะ แนวทางที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การเสริมสร้างศักยภาพ, การป้องกันและควบคุมโรค

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ อีเมลล์ : Somphop.1158@gmail.com

* Public Health Specialist, Mae On District Health Office, Chiang Mai Province Email: Somphop.1158@gmail.com

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) account for more than 75 percent of deaths in Thailand. Village health volunteers (VHVs) play a crucial role in community-level disease prevention and control. However, there remains a gap in systematic studies that comprehensively assess all four dimensions of VHV capacity and develop context-appropriate guidelines for semi-urban areas. This study aimed to assess VHVs' knowledge, skills, attitudes, and self-efficacy; analyze the relationships among these variables; develop capacity building guidelines; and evaluate the effectiveness of the developed guidelines.

This cross-sectional descriptive study combined with pre-test and post-test evaluation was conducted among 270 VHVs in Mae On District, Chiang Mai Province, selected through proportional stratified random sampling from six sub-districts. The research instrument was a questionnaire validated for content validity (IOC = 0.67-1.00) and reliability (Cronbach's alpha = 0.89). Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, multiple regression analysis, and paired t-test.

The results revealed that VHVs had moderate levels of NCD knowledge (64.63%), moderate practical skills ($\bar{x} = 3.45$), good attitudes ($\bar{x} = 4.12$), and moderate self-efficacy ($\bar{x} = 3.52$). Correlation analysis demonstrated significant positive relationships between knowledge and skills ($r = 0.58$, $p < 0.001$) and between skills and self-efficacy ($r = 0.67$, $p < 0.001$). The independent variables collectively predicted 68 percent of the variance in practical skills ($R^2 = 0.68$), with knowledge being the strongest predictor ($\beta = 0.35$). The developed capacity building guidelines comprised four core components: experiential learning, peer learning networks, continuous support, and positive reinforcement. Implementation of the guidelines with 50 VHVs showed statistically significant improvements in all dimensions ($p < 0.001$), with large effect sizes for knowledge (Cohen's $d = 1.38$), skills ($d = 1.14$), and self-efficacy ($d = 1.04$), and a medium effect size for attitudes ($d = 0.69$).

In conclusion, VHVs demonstrated good attitudes but required further development in knowledge and skills. The developed guidelines proved effective in enhancing VHV capacity and can be adapted for implementation in areas with similar contexts.

Keywords: Village Health Volunteers, Non-Communicable Diseases, Capacity Building, Prevention and Control, Community Health

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตประมาณ 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทย โรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 75 โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 5 ล้านคน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 13 ล้านคน (Aekplakorn, 2020) ภาระโรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นวาระแห่งชาติภายใต้นโยบาย "คนไทยห่างไกล NCDs" ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการคัดกรองโรคในระดับชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ (Kowitt et al., 2015) ปัจจุบันประเทศไทยมี อสม. มากกว่า 1 ล้านคน ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชน อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาจากโรคติดต่อสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ก่อให้เกิดความท้าทายใหม่ เนื่องจากการดำเนินงานต้องอาศัยความรู้เฉพาะทาง ทักษะการใช้เครื่องมือคัดกรองโรค และความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาของ Pitchalard et al. (2022) พบว่า อสม. ในภาคเหนือของประเทศไทย มีความรู้ด้านการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลางและต้องการการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาของ Khanthavudh et al. (2024) ที่ชี้ให้เห็นว่า อสม. ในพื้นที่ชนบทต้องการการสนับสนุนและการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา จากโรคติดต่อสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ก่อให้เกิดความท้าทายใหม่ต่อบทบาทของ อาสาสมัครสาธารณสุข เนื่องจากการดำเนินงาน ต้องอาศัยความรู้เฉพาะทาง ทักษะการใช้เครื่องมือคัดกรองโรค และความสามารถในการให้คำปรึกษา ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษาของ Pitchalard et al. (2022) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในภาคเหนือของประเทศไทย มีความรู้ด้านการจัดการโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง และต้องการการพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ชนบท ต้องการการสนับสนุนและการ ฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แม้จะมีการศึกษาศักยภาพ อสม. ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย แต่การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีช่องว่างการวิจัยที่สำคัญ กล่าวคือ การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการประเมินศักยภาพเพียงบางมิติ เช่น ความรู้หรือทักษะเฉพาะด้าน แต่ยังขาดการศึกษาเชิงระบบที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติงาน เจตคติ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (Self-efficacy) อย่างบูรณาการ นอกจากนี้ ยังขาดการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ทั้งเมืองกึ่งชนบทในภาคเหนือของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจมีความต้องการและรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น

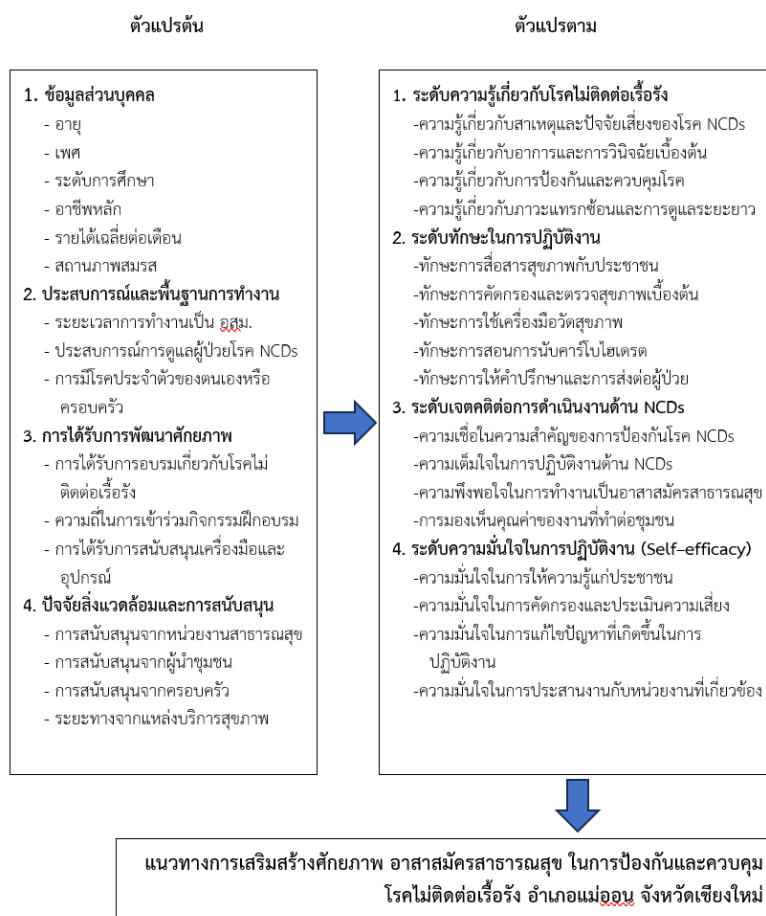
อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อสม. ในพื้นที่ จึงมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองโรค ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดูแลผู้ป่วยในชุมชน ด้วยเหตุนี้ การศึกษารุ่นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติงาน เจตคติ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน

ของ อสม. รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันจะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ต่อการเปลี่ยนแปลงศักยภาพของ อสม. ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและแนวทางปฏิบัติในการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติงาน เจตคติ และความมั่นใจในการปฏิบัติงานของ อสม. รวมถึงปัญหาและอุปสรรค ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้น ต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ ทักษะ เจตคติ และความมั่นใจของ อสม. ก่อนและหลังการใช้แนวทาง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา (หรือ) วิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบการศึกษาพรรณนา ภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาและพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอแม่ออน จังหวัด เชียงใหม่ ทั้ง 6 ตำบล จำนวนทั้งสิ้น 629 คน ประกอบด้วย ตำบลออนเหนือ 102 คน, ตำบลออนกลาง 136 คน, ตำบลบ้านสหกรณ์ 101 คน, ตำบลห้วยแก้ว 83 คน, ตำบลแม่ทา 141 คน และ ตำบลทาเหนือ 66 คน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane (1967) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 270 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ ดำเนินการโดย แบ่งประชากรตามตำบลทั้ง 6 ตำบล จากนั้นคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลตามจำนวนประชากร อสม. ได้แก่ ตำบลออนเหนือ 44 คน, ตำบลออนกลาง 58 คน, ตำบลบ้านสหกรณ์ 43 คน, ตำบลห้วยแก้ว 36 คน, ตำบลแม่ทา 61 คน และตำบลทาเหนือ 28 คน จากนั้นใช้การสุ่มอย่างง่ายในแต่ละชั้นภูมิ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็น อสม. ที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ออน 2) มีอายุการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ อย่างต่อเนื่อง 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเพื่อลดอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ จัดอบรมผู้ช่วยวิจัย ให้เข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นมาตรฐาน ใช้แบบสอบถามที่มีค่าชี้แจงชัดเจนและเหมือนกันทุกชุด และเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่ อสม. ไม่มีภาระงานมาก

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาค้นคว้านี้มุ่งเน้น

การศึกษา และพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ตาม นโยบายคนไทยทั้งไกล NCDs ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะโรคหลัก 5 กลุ่ม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็ง การศึกษาจะครอบคลุมการวิเคราะห์ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขใน 4 มิติหลัก ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งสาเหตุ อาการ การ ป้องกัน และการควบคุมโรค 2) ทักษะในการปฏิบัติงาน เช่น การคัดกรองเบื้องต้น การสื่อสารสุขภาพ การสอนการ นับคาร์โบไฮเดรต และการให้คำปรึกษา 3) เจตคติต่อการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs และ 4) ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (Self-efficacy) ในการดูแลประชาชนในชุมชน นอกจากนี้ยังศึกษาปัจจัยสนับสนุนและ อุปสรรคในการปฏิบัติงาน รวมถึงความต้องการในการพัฒนาศักยภาพของ อสม.

ขอบเขตด้านเวลา การศึกษาค้นคว้านี้ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน (เดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2568)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การศึกษาค้นคว้านี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือหลัก ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 7 ส่วนหลัก ดังนี้

ส่วนที่1: ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ครอบคลุม อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพหลัก และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2) ข้อมูลการทำงานเป็น อสม. ประกอบด้วย ระยะเวลาการทำงานเป็น อสม. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประเภทของ โรคที่เคยมีประสบการณ์ดูแล 3) ข้อมูลการพัฒนาศักยภาพ ศึกษาประสบการณ์ การเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ความถี่ในการเข้าร่วมการอบรม และแหล่งความรู้หลักที่ใช้ในการศึกษา

เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว และการมีญาติหรือคนในครอบครัว ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ส่วนที่2: แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นแบบทดสอบความรู้แบบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาความรู้ที่สำคัญเกี่ยวกับ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของโรค อาการและการวินิจฉัยเบื้องต้น การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมโรคและการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่3: แบบประเมินทักษะการปฏิบัติงาน เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ โดยครอบคลุมทักษะหลัก 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการสื่อสารสุขภาพ ทักษะการคัดกรองและตรวจสุขภาพเบื้องต้น ทักษะการบันทึกและรายงาน ทักษะการสอนและให้คำปรึกษา และทักษะการประสานงานและส่งต่อ

ส่วนที่4: แบบวัดเจตคติต่อการดำเนินงาน ด้าน NCDs เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้านหลัก ได้แก่ ความเชื่อในความสำคัญของการป้องกันโรค NCDs ความเต็มใจในการปฏิบัติงานด้าน NCDs ความพึงพอใจในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข และการมองเห็น คุณค่าของงานต่อชุมชน

ส่วนที่5: แบบวัดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (Self-efficacy) เป็นแบบสอบถามแบบมาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ความมั่นใจในการให้ความรู้และคำแนะนำ ความมั่นใจในการ คัดกรองและประเมินความเสี่ยง ความมั่นใจในการ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและความมั่นใจในการประสานงาน และส่งต่อ

ส่วนที่6: ปัญหา อุปสรรค และความต้องการ ในการปฏิบัติงาน เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และคำถาม ปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ เพื่อสำรวจปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนาศักยภาพ ประกอบด้วย

ปัญหา หลักในการปฏิบัติงาน ความต้องการในการพัฒนา ศักยภาพ รูปแบบที่ต้องการ ความถี่และช่วงเวลาการอบรม

ส่วนที่7: ข้อเสนอแนะ: เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ เพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะ สำหรับการปรับปรุงการดำเนินงานของอาสาสมัคร สาธารณสุข ด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม อสม. สิ่งที่จะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และ ความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะอื่น ๆ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และอาจารย์ด้านสาธารณสุขศาสตร์ ได้ค่าดัชนีความ สอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการ รับรองจริยธรรม ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม คุณสมบัติ โดย ขออนุญาตจาก สำนักงานสาธารณสุข อำเภอแม่อน ประสานงานกับ หัวหน้ากลุ่มงานเวช ปฏิบัติ ครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลแม่อน และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วม วิจัย แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและ วิธีดำเนินงานวิจัยข้อมูลที่จะได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอข้อมูลใน ภาพรวม เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัย ยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงได้ลงนามในแบบฟอร์มยินยอม ให้ทำการวิจัย และผู้วิจัย ดำเนินการวิจัยตามที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์เชิงพรรณนา จะใช้สำหรับ อธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและตัวแปรต่าง ๆ ใน การศึกษา ตัวแปรเชิงกลุ่มจะใช้ความถี่และร้อยละในการ

นำเสนอ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย สำหรับตัวแปรต่อเนื่องจะใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบาย ได้แก่ อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม คะแนนความรู้รวมและแยกตามหมวดหมู่ คะแนนทักษะการปฏิบัติงานรวม และ แยกตามด้าน คะแนนเจตคติรวมและแยกตามมิติ และคะแนนความมั่นใจรวมและแยกตามด้าน

2. สถิติทดสอบสมมติฐาน การวิเคราะห์เชิงอนุมาน ได้แก่ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม จะใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อทดสอบความเป็นอิสระระหว่างตัวแปร เช่น ความสัมพันธ์ ระหว่างเพศกับระดับความรู้ หรือระหว่างระดับการศึกษากับระดับทักษะการปฏิบัติงาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ระหว่าง 2 กลุ่มจะใช้การทดสอบที (Independent t-test) เช่น การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างเพศชายและ เพศหญิง หรือระหว่างกลุ่มที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกับกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ ก่อนการทดสอบจะมีการ ตรวจสอบสมมติฐานพื้นฐานของการทดสอบ ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติและความเท่าเทียมของความแปรปรวน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยมากกว่า 2 กลุ่มจะใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) เช่น การ เปรียบเทียบคะแนนทักษะระหว่างกลุ่มระดับการศึกษาต่าง ๆ หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ จะทำการ ทดสอบเปรียบเทียบรายคู่โดยใช้วิธี Post-hoc test แบบ Tukey HSD

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) เพื่อวัดทิศทางและความแข็งแกร่งของความสัมพันธ์เชิงเส้น เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคะแนนความรู้

ระหว่าง คะแนนความรู้กับคะแนนทักษะ หรือระหว่างคะแนนเจตคติกับคะแนนความมั่นใจ

4. การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ จะใช้เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายศักยภาพการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยจะสร้างแบบจำลองทำนาย สำหรับตัวแปรตามแต่ละด้าน ได้แก่ คะแนนความรู้ คะแนน ทักษะ คะแนนเจตคติ และคะแนนความมั่นใจ ตัวแปรอิสระที่จะนำเข้าสู่แบบจำลองประกอบด้วยตัวแปรส่วนบุคคล ตัวแปรประสบการณ์การทำงาน และตัวแปรการพัฒนาศักยภาพ

การตัดสินใจยอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐานจะใช้ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 สำหรับการทดสอบสมมติฐานทั้งหมด ค่า p-value ที่น้อยกว่า 0.05 จะถือว่ามีความแตกต่างหรือความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ การประมาณค่าจะใช้ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ในการสร้างช่วงของค่าที่คาดว่าจะป็นค่าจริงในประชากร

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยกลางคน จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีรายได้อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

1.2 ข้อมูลการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานเป็น อสม. มากกว่า 5 ปี และเคยมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน นอกจากนี้ ส่วนใหญ่เคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=270)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	234	86.67
ชาย	36	13.33
อายุ		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	48.35 $\pm$ 8.72 ปี	
ช่วงอายุ		
- น้อยกว่า 40 ปี	48	17.78
- 40-49 ปี	112	41.48
- 50-59 ปี	87	32.22
- 60 ปีขึ้นไป	23	8.52
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	8	2.96
ประถมศึกษา	142	52.59
มัธยมศึกษาตอนต้น	65	24.07
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	38	14.07
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	17	6.30
สถานภาพสมรส		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	231	85.56
โสด	12	4.44
หม้าย	19	7.04
หย่า/แยกกันอยู่	8	2.96
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	189	70.00
รับจ้าง	38	14.07
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	24	8.89
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	8,425 $\pm$ 3,156 บาท	
- น้อยกว่า 5,000 บาท	52	19.26
- 5,000-10,000 บาท	148	54.81
- 10,001-15,000 บาท	51	18.89
- 15,001-20,000 บาท	13	4.81
- มากกว่า 20,000 บาท	6	2.22

ประเภทโรคที่เคยดูแล (n=227, ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคความดันโลหิตสูง	215	94.71
โรคเบาหวาน	198	87.22
โรคไตเรื้อรัง	52	22.91
โรคหลอดเลือดหัวใจ	38	16.74
โรคหลอดเลือดสมอง	24	10.57
การเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับ NCDs		
เคย	198	73.33
ไม่เคย	72	26.67
ความถี่การอบรมในปีที่ผ่านมา (n=198)		
1-2 ครั้ง	124	62.63
3-4 ครั้ง	58	29.29
5-6 ครั้ง	13	6.57
มากกว่า 6 ครั้ง	3	1.52
การมีโรคประจำตัว		
มี	87	32.22
ไม่มี	183	67.78
ประวัติโรค NCDs ในครอบครัว		
มี	214	79.26
ไม่มี	56	20.74

ส่วนที่ 2: สภาพปัจจุบันและปัญหาของ อาสาสมัครสาธารณสุข

2.1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ มิติที่มีคะแนนสูงสุดคือ ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของโรค ขณะที่มิติที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ

ความรู้ด้านการควบคุมโรคและการดูแลผู้ป่วย ผลดังกล่าวบ่งชี้ว่า อสม. มีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคได้ดี แต่ยังต้องการการพัฒนาความรู้เชิงลึกด้านการจัดการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ซึ่งเป็นทักษะสำคัญสำหรับการดำเนินงานในยุคมที่ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกตามมิติความรู้ (n=270)

มิติความรู้	คะแนนเฉลี่ย	SD	ร้อยละของคะแนน	ระดับความรู้
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ NCDs	5.42	1.28	67.75	ปานกลาง
ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของโรค	5.68	1.15	71.00	สูง
อาการและการวินิจฉัยเบื้องต้น	4.93	1.42	61.63	ปานกลาง
การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ	5.15	1.33	64.38	ปานกลาง
การควบคุมโรคและดูแลผู้ป่วย	4.67	1.51	58.38	ต่ำ
คะแนนรวม	25.85	5.12	64.63	ปานกลาง

2.2 ระดับทักษะการปฏิบัติงาน ทักษะการปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 3) โดยทักษะที่มีคะแนนสูงที่สุดคือทักษะการสื่อสารสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่า อสม. มีความถนัดในการสื่อสารและให้ข้อมูลแก่ประชาชนในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหลักที่ปฏิบัติมาอย่างยาวนาน

อย่างไรก็ตาม ทักษะการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์สุขภาพ มีคะแนนต่ำที่สุด บ่งชี้ถึงความจำเป็นในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือคัดกรองโรค เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาลในเลือด และการประเมินความเสี่ยงต่อโรค NCDs

ตารางที่ 3 ระดับทักษะการปฏิบัติงาน จำแนกตามด้านทักษะ (n=270)

ด้านทักษะ	คะแนนเฉลี่ย	SD	ระดับทักษะ
ทักษะการสื่อสารสุขภาพ	10.24	2.15	สูง
ทักษะการคัดกรองและตรวจสุขภาพเบื้องต้น	9.57	2.38	ปานกลาง
ทักษะการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์สุขภาพ	8.93	2.52	ปานกลาง
ทักษะการสอนและให้คำปรึกษา	9.15	2.34	ปานกลาง
ทักษะการจัดกิจกรรมและประสานงาน	9.68	2.18	ปานกลาง
คะแนนรวม	47.57	9.86	ปานกลาง

2.3 ระดับเจตคติต่อการดำเนินงานด้าน NCDs ระดับเจตคติของ อสม. ต่อการดำเนินงานด้าน NCDs โดยรวมอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 4) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีเจตคติอยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดยด้านการมองเห็นคุณค่าของงานต่อชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ข้อค้นพบนี้สะท้อน

ให้เห็นว่า อสม. มีความเชื่อมั่นในคุณค่าของงาน มีความเต็มใจและพึงพอใจในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเป็นทุนทางจิตวิทยาที่สำคัญสำหรับการพัฒนาศักยภาพในด้านอื่น ๆ เจตคติเชิงบวกดังกล่าวอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์การทำงานที่ยาวนาน และการได้รับการยอมรับจากชุมชน

ตารางที่ 4 ระดับเจตคติต่อการดำเนินงานด้าน NCDs (n=270)

ด้านเจตคติ	คะแนนเฉลี่ย	SD	ระดับเจตคติ
ความเชื่อในสำคัญของการป้องกัน NCDs	12.45	1.82	สูง
ความเต็มใจในการปฏิบัติงานด้าน NCDs	8.23	1.35	สูง
ความพึงพอใจในการทำงานเป็น อสม.	7.94	1.58	สูง
การมองเห็นคุณค่าของงานต่อชุมชน	12.68	1.75	สูง
คะแนนรวม	41.30	5.12	สูง

2.4 ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (Self-efficacy) ความมั่นใจในการปฏิบัติงานของ อสม. โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 5) ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ ความมั่นใจในการให้ความรู้และคำแนะนำ ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ ความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับ

ระดับทักษะที่พบว่า อสม. มีความถนัดด้านการสื่อสารมากกว่าด้านการจัดการปัญหา ซึ่งบ่งชี้ว่า การพัฒนาศักยภาพควรเน้นการฝึกทักษะการแก้ปัญหาเชิงปฏิบัติเพื่อสร้างความมั่นใจในการรับมือกับสถานการณ์จริง

ตารางที่ 5 ระดับความมั่นใจในการปฏิบัติงาน (n=270)

ด้านความมั่นใจ	คะแนนเฉลี่ย	SD	ระดับความมั่นใจ
ความมั่นใจในการให้ความรู้และคำแนะนำ	17.85	3.42	ปานกลาง
ความมั่นใจในการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง	16.92	3.68	ปานกลาง
ความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น	15.47	3.85	ปานกลาง
ความมั่นใจในการประสานงานและส่งต่อ	17.23	3.54	ปานกลาง
คะแนนรวม	67.47	12.86	ปานกลาง

2.5 ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคที่พบบ่อยที่สุดในแต่ละหมวด มีดังนี้

ด้านความรู้และทักษะ ปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คือ ขาดการอบรมอย่างต่อเนื่องร้อยละ 79.63 รองลงมา คือ ทักษะการใช้เครื่องมือตรวจสุขภาพยังไม่ชำนาญร้อยละ 71.11 และความรู้เกี่ยวกับโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังยังไม่เพียงพอร้อยละ 65.93 ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินความรู้และทักษะที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการอบรมอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ พบปัญหาขาดเครื่องมือการคัดกรองโรคมากที่สุดร้อยละ 86.67 รองลงมาคืออุปกรณ์ไม่เพียงพอร้อยละ 80.74 และขาดคู่มือการปฏิบัติงานร้อยละ 73.33 ปัญหานี้เป็นอุปสรรคสำคัญ ที่ส่งผลกระทบต่อปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ด้านการสนับสนุน พบปัญหาไม่ได้รับการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอมากที่สุดร้อยละ 74.44 รองลงมาคือการสนับสนุนจากระบบสุขภาพไม่เพียงพอร้อยละ 70.00 และขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานร้อยละ 65.19 ปัญหานี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างระบบสนับสนุนที่เข้มแข็งและต่อเนื่อง

ด้านเวลาและภาระงาน พบปัญหาภาระงานอื่นมากเกินไปร้อยละ 72.22 รองลงมาคือประชาชน ไม่ให้ความร่วมมือร้อยละ 65.93 และเวลาในการทำงานไม่เพียงพอร้อยละ 61.85 ปัญหานี้สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการจัดการเวลาของอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่ต้องทำงานอาชีพหลักควบคู่ไปด้วย

2.6 ความต้องการในการพัฒนาศักยภาพ ที่ได้รับการเลือกมากที่สุดในแต่ละหมวด มีดังนี้

ด้านความรู้ อสม. ต้องการความรู้เชิงลึกเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ละประเภท มากที่สุดร้อยละ 90.74 รองลงมาคือความรู้เรื่องการเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 88.15 และความรู้เรื่องการนัดหมายไปเฝ้าระวัง ร้อยละ 85.93 ความต้องการนี้สอดคล้อง

กับปัญหาที่พบว่า อสม. มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง และต้องการพัฒนาให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้น

ด้านทักษะ พบความต้องการทักษะการใช้เครื่องมือตรวจสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 95.56 รองลงมา คือ ทักษะการจัดการกรณีฉุกเฉินร้อยละ 86.67 และ ทักษะการสื่อสารและการสอน ร้อยละ 81.85 ความต้องการนี้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการฝึกปฏิบัติเชิงประสบการณ์ที่เน้นการใช้เครื่องมือและการจัดการสถานการณ์จริง

ด้านการสนับสนุน พบความต้องการเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัยมากที่สุด ร้อยละ 98.15 รองลงมา คือ สื่อการศึกษาที่หลากหลายร้อยละ 91.85 และการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 89.63 ความต้องการนี้สอดคล้องกับปัญหาที่พบว่าขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ ตลอดจนการสนับสนุนที่ไม่ต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3: การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

3.1 การเปรียบเทียบศักยภาพการปฏิบัติงานจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล

เพศ พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ กลุ่มตัวอย่าง เพศชายและเพศหญิง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) แสดงให้เห็นว่าเพศไม่ได้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ของ อสม.

ระดับการศึกษา พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของ กลุ่มตัวอย่าง ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรีขึ้นไป มีความรู้สูงกว่ากลุ่มที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า และกลุ่มที่จบมัธยมศึกษา มีความรู้ สูงกว่ากลุ่มที่จบประถมศึกษา และต่ำกว่า อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

ประสบการณ์การทำงาน พบว่าระดับทักษะการปฏิบัติงานของ อสม. ที่มีประสบการณ์การทำงานต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่า อสม. ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า มีทักษะที่สูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Benner (1984) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะสู่ผู้เชี่ยวชาญผ่านประสบการณ์การทำงาน ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์การทำงานเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะ

การเข้าร่วมอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้าร่วมการอบรม เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีศักยภาพการปฏิบัติงานทุกด้านสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเข้าร่วมการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$ ทุกด้าน) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม.

3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์การทำงาน และศักยภาพการปฏิบัติงาน ทั้ง 4 มิติ (ตารางที่ 5) พบข้อค้นพบสำคัญ 3 ประการ ดังนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะกับความมั่นใจมีค่าสูงที่สุด ($r = 0.67$) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎี Self-efficacy ของ Bandura (1997) ที่อธิบายว่า ประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (Mastery Experience) เป็นแหล่งสำคัญที่สุดในการสร้างความมั่นใจ กล่าวคือ เมื่อ อสม. มีทักษะที่ดีและสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จ จะเกิดการเสริมแรงทางบวก (Positive Reinforcement) ที่ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานครั้งต่อไป นัยเชิงปฏิบัติ คือ การพัฒนา

ทักษะผ่านการฝึกปฏิบัติจริงจะช่วยยกระดับความมั่นใจของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้เป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาศักยภาพทุกมิติ โดยความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะ ($r = 0.58$) และความมั่นใจ ($r = 0.52$) ในระดับปานกลาง ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1956) ที่เสนอว่าความรู้เป็นขั้นแรกของการเรียนรู้ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่การประยุกต์ใช้ และทักษะการปฏิบัติ นัยเชิงปฏิบัติคือ การจัดอบรมควรเริ่มต้นจากการสร้างฐานความรู้ที่มั่นคงก่อน จากนั้นจึงต่อยอดด้วยการฝึกปฏิบัติ

ประสบการณ์การทำงานมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพ โดยประสบการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทักษะ ($r = 0.42$) และความมั่นใจ ($r = 0.38$) ในระดับปานกลาง ผลดังกล่าวสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ที่เสนอว่าการเรียนรู้เกิดจากวงจรของประสบการณ์ การสะท้อนคิด และการนำไปปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์มีความสัมพันธ์กับความรู้ในระดับต่ำ ($r = 0.24$) บ่งชี้ว่าการมีประสบการณ์นานไม่ได้หมายความว่ามีความรู้เพิ่มขึ้นเสมอไป หากขาดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ เจตคติยังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะและความมั่นใจ ($r = 0.42$ และ 0.48 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าเจตคติที่ดีเป็นปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาทักษะและความมั่นใจ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen (1991) ที่ระบุว่าเจตคติเป็นตัวกำหนดความตั้งใจและพฤติกรรมการปฏิบัติงาน

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์การทำงาน และศักยภาพการปฏิบัติงาน (n=270)

ตัวแปร	อายุ	ประสบการณ์	ความรู้	ทักษะ	เจตคติ	ความมั่นใจ
อายุ	1					
ประสบการณ์	0.68**	1				
ความรู้	0.12	0.24**	1			
ทักษะ	0.28**	0.42**	0.58**	1		
เจตคติ	0.15*	0.19**	0.35**	0.42**	1	
ความมั่นใจ	0.21**	0.38**	0.52**	0.67**	0.48**	1

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3.3 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายศักยภาพการปฏิบัติงาน เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายทักษะการปฏิบัติงานและความมั่นใจในการปฏิบัติงานของ อสม. (ตารางที่ 6) พบข้อค้นพบสำคัญดังนี้

ปัจจัยทำนายทักษะการปฏิบัติงาน ตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายทักษะการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 68 (ตารางที่ 7) ซึ่งถือว่ามีอำนาจทำนายในระดับสูง ข้อค้นพบที่สำคัญที่สุดคือ **ความรู้** เป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือการเข้าร่วมอบรม ประสบการณ์การทำงาน และเจตคติ ตามลำดับ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom (1956) ที่เสนอว่าความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาทักษะการปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Adult Learning Theory) ของ Knowles (1980) ที่ระบุว่าผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดีเมื่อมีความรู้พื้นฐานที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์

ปัจจัยทำนายความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายความมั่นใจในการปฏิบัติงานได้ร้อยละ 62 (ตารางที่ 7) โดย **ความรู้** ยังคงเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือการเข้าร่วมอบรม ประสบการณ์การทำงาน และเจตคติ ตามลำดับ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎี Self-efficacy ของ Bandura (1997) ที่อธิบายว่าความมั่นใจในตนเองเกิดจากแหล่งสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จ (Mastery Experience) การเรียนรู้จากตัวแบบ (Vicarious Experience) การได้รับการโน้มน้าว (Verbal Persuasion) และสภาวะทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological States) ซึ่งการเข้าร่วมอบรมและประสบการณ์การทำงานเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างประสบการณ์ความสำเร็จและการเรียนรู้จากตัวแบบ

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายศักยภาพการปฏิบัติงาน (n=270)

ตัวแปรทำนาย	ทักษะการปฏิบัติงาน			ความมั่นใจในการปฏิบัติงาน		
	B	SE	β	B	SE	β
(ค่าคงที่)	12.45	3.28		18.67	5.42	
ความรู้	0.82**	0.15	0.35	0.95**	0.18	0.28
ประสบการณ์การทำงาน	0.45**	0.12	0.24	0.67**	0.15	0.22
การเข้าร่วมอบรม	6.78**	1.45	0.28	8.34**	1.87	0.25
เจตคติ	0.38**	0.11	0.19	0.52**	0.14	0.18
R ²	0.68			0.62		
Adjusted R ²	0.67			0.61		
F	142.35**			108.76**		

**p < 0.01

ส่วนที่ 4: แนวทางการพัฒนาศักยภาพ

จากการวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขในส่วนที่ 2 ผู้วิจัย ได้นำข้อมูลดังกล่าวมาเป็นฐานในการออกแบบและพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพที่เหมาะสม

และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) การประชุมผู้เชี่ยวชาญ (Expert Panel) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ตารางที่ 8 องค์ประกอบของแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข

องค์ประกอบ	รายละเอียด
1. หลักการและวัตถุประสงค์	
หลักการ	- เน้นการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) - ส่งเสริมการเรียนรู้แบบเพื่อนสอนเพื่อน (Peer Learning) - พัฒนาอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ (Continuous Development) - คำนึงถึงบริบทท้องถิ่น (Context-Based Approach)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2. เพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค 3. เพื่อเสริมสร้างเจตคติที่ดีและความมั่นใจในการปฏิบัติงาน 4. เพื่อสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และสนับสนุนที่ยั่งยืน
2. กลุ่มเป้าหมาย	
กลุ่มหลัก	อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคนในอำเภอแม่ฮ่องสอน
กลุ่มเฉพาะ	- อสม. ที่มีความรู้และทักษะต่ำ (จัดกิจกรรมพัฒนาเพิ่มเติม) - อสม. ที่มีศักยภาพสูง (พัฒนาเป็นวิทยากรแกนนำ)

องค์ประกอบ	รายละเอียด
3. เนื้อหาการพัฒนา	
โมดูลที่ 1	ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (1.5 ชั่วโมง) - โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง - โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง - ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน
โมดูลที่ 2	ทักษะการคัดกรองและตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น (1.5 ชั่วโมง) - การวัดความดันโลหิต - การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด - การประเมินความเสี่ยง BMI และรอบเอว
โมดูลที่ 3	การนับคาร์โบไฮเดรตและโภชนาการ (1 ชั่วโมง) - หลักการนับคาร์บ - การวางแผนอาหาร - การให้คำปรึกษาโภชนาการ
โมดูลที่ 4	ทักษะการสื่อสารและการสอน (1 ชั่วโมง) - เทคนิคการสื่อสารสุขภาพ - การสอนแบบมีส่วนร่วม - การใช้สื่อและนวัตกรรม
โมดูลที่ 5	การดูแลผู้ป่วยและการจัดการกรณีฉุกเฉิน (1.5 ชั่วโมง) - การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - การสังเกตอาการผิดปกติ - การส่งต่อผู้ป่วย - การจัดการภาวะฉุกเฉิน
โมดูลที่ 6	การทำงานเป็นทีมและการประสานงาน (1.5 ชั่วโมง) - การทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ - การประสานงานกับชุมชน - การบันทึกและรายงาน
รวมเวลา	8 ชั่วโมง

ส่วนที่ 5 การประเมินผลการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น

5.1 การเปรียบเทียบศักยภาพของ อสม. ก่อนและหลังการทดลองใช้แนวทาง พบว่าศักยภาพของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน (ตารางที่ 9) ด้านความรู้มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด โดยมีขนาดผลกระทบระดับใหญ่ (Cohen's $d = 1.38$) ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าองค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) ในแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) ที่ระบุว่าผู้ใหญ่เรียนรู้ได้ดีเมื่อเนื้อหามีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานจริง ด้านทักษะและความมั่นใจมีขนาดผลกระทบระดับใหญ่เช่นกัน (Cohen's

$d = 1.14$ และ 1.04 ตามลำดับ) ผลดังกล่าวยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างทักษะกับความมั่นใจที่พบในการวิเคราะห์ก่อนหน้า ($r = 0.67$) และสอดคล้องกับทฤษฎี Self-efficacy ของ Bandura (1997) ที่อธิบายว่าการได้ฝึกปฏิบัติจริงและประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) เป็นแหล่งสำคัญที่สุดในการสร้างความมั่นใจ ด้านเจตคติมีขนาดผลกระทบระดับกลาง (Cohen's $d = 0.69$) ซึ่งต่ำกว่ามิติอื่น อาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกอยู่แล้วในระดับดีก่อนการทดลอง จึงมีช่องว่างในการพัฒนาน้อยกว่ามิติอื่น (Ceiling Effect) อย่างไรก็ตาม ขนาดผลกระทบระดับกลางยังคงบ่งชี้ว่าแนวทางมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างเจตคติเชิงบวกเพิ่มเติม

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบศักยภาพของ อสม. ก่อนและหลังการทดลองใช้แนวทาง (n = 50)

ตัวชี้วัด	ก่อน (Mean $\pm$ SD)	หลัง (Mean $\pm$ SD)	t-value	p-value	Cohen's d	การแปลผล
ความรู้	10.2 $\pm$ 2.4	13.5 $\pm$ 1.8	8.234	<0.001**	1.38	ขนาดใหญ่
ทักษะการปฏิบัติงาน	3.38 $\pm$ 0.71	4.12 $\pm$ 0.58	6.892	<0.001**	1.14	ขนาดใหญ่
เจตคติ	3.92 $\pm$ 0.65	4.35 $\pm$ 0.52	4.567	<0.001**	0.69	ขนาดกลาง
ความมั่นใจ	3.45 $\pm$ 0.78	4.18 $\pm$ 0.61	5.789	<0.001**	1.04	ขนาดใหญ่

**หมายเหตุ: ** p < 0.01

5.2 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพการปฏิบัติงาน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพการปฏิบัติงานของ อสม. หลังการใช้แนวทาง (ตารางที่ 10) พบว่าตัวแปรทำนายทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันทำนายศักยภาพการปฏิบัติงานได้เกือบร้อยละ 50 ซึ่งถือว่ามีอำนาจทำนายในระดับปานกลางถึงสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การได้รับการอบรมเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลสูงสุด ผลดังกล่าวยืนยันความสำคัญของการจัดอบรมที่มีคุณภาพในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) ที่เน้นว่าการเรียนรู้

ที่มีประสิทธิภาพต้องผ่านวงจรของประสบการณ์ การสะท้อนคิด การสร้างมโนทัศน์ และการทดลองปฏิบัติ **ประสบการณ์การทำงานและระดับการศึกษา มีอิทธิพลรองลงมา** ผลดังกล่าวบ่งชี้ว่าทุนมนุษย์ (Human Capital) ที่สะสมมาทั้งจากการศึกษาในระบบ และประสบการณ์การทำงานมีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีทุนมนุษย์ของ Becker (1964) การสนับสนุนจากระบบสุขภาพมีอิทธิพลต่อศักยภาพ แม้จะมีค่าสัมประสิทธิ์ต่ำที่สุด แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงความสำคัญของปัจจัยเชิงระบบ เช่น การนิเทศงาน การจัดหาเครื่องมือและ

อุปกรณ์ และการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดการเสริมสร้างศักยภาพของ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ที่เน้นการพัฒนาทั้งระดับบุคคลและระดับระบบ

ตารางที่ 10 การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพการปฏิบัติงาน

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t-value	p-value
ค่าคงที่	1.235	0.342	-	3.612	<0.001
ระดับการศึกษา	0.287	0.065	0.234	4.415	<0.001**
ประสบการณ์การทำงาน	0.315	0.072	0.268	4.375	<0.001**
การได้รับการอบรม	0.423	0.089	0.312	4.753	<0.001**
การสนับสนุนจากระบบสุขภาพ	0.256	0.078	0.187	3.282	0.001**

$R^2 = 0.485$, Adjusted $R^2 = 0.473$, $F = 41.236$, $p < 0.001$

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พัฒนาแนวทางการเสริมสร้างศักยภาพ และประเมินผลการใช้แนวทางที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 270 คน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 มีอายุเฉลี่ย 48.35 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.59 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.00 มีระยะเวลาการทำงานเป็น อสม. เฉลี่ย 12.48 ปี และร้อยละ 73.33 เคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ด้านศักยภาพของ อสม. พบว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.63 ทักษะการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.43 เจตคติต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.60 และความมั่นใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง ปัญหาสำคัญที่พบได้แก่ การขาดเครื่องมือการคัดกรองโรค ร้อยละ 86.67 การขาดการอบรมอย่าง

ต่อเนื่อง ร้อยละ 79.63 และการไม่ได้รับการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 74.44

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะ ($r=0.58$, $p<0.01$) และทักษะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความมั่นใจในระดับสูง ($r=0.67$, $p<0.01$) การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ความรู้ ประสบการณ์การทำงาน การเข้าร่วมอบรม และเจตคติ สามารถร่วมกันทำนายทักษะการปฏิบัติงานได้ ร้อยละ 68 ($R^2=0.68$, $p<0.01$)

แนวทางที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยหลักการ 4 ประการ ได้แก่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ การเรียนรู้แบบเพื่อนสอนเพื่อน การพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ และการคำนึงถึงบริบทท้องถิ่น ผลการทดลองใช้แนวทางกับกลุ่มตัวอย่าง 50 คน พบว่าหลังการใช้แนวทาง อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ทักษะ เจตคติ และความมั่นใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

อภิปรายผล

1. ศักยภาพของ อสม. ทั้ง 4 มิติ ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีเจตคติอยู่ในระดับดี แต่มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจอยู่ในระดับปานกลาง รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตาม

แผนของ Ajzen (1991) ที่ระบุว่าเจตคติเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ต้องมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะเป็นองค์ประกอบไปด้วย กล่าวคือ อสม. มี "ใจ" พร้อมแต่ยังต้องการการเติมเต็มด้าน "ความรู้และทักษะ" ผลที่พบว่า อสม. มีความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงสูงสุดแต่มีความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยต่ำสุด สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bloom (1956) ที่เสนอว่าความรู้ระดับความจำและความเข้าใจง่ายต่อการเรียนรู้กว่าความรู้ระดับการประยุกต์ใช้ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Pitchalard และคณะ (2022) ที่พบว่า อสม. ในภาคเหนือต้องการการพัฒนาความรู้เชิงลึกด้านการจัดการดูแลผู้ป่วย ในทำนองเดียวกัน ทักษะการสื่อสารที่อยู่ในระดับดีแต่ทักษะการใช้เครื่องมือสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) ที่ระบุว่าทักษะที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะพัฒนาได้ง่ายกว่าทักษะที่ต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติกับเครื่องมือเฉพาะทาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและปัจจัยทำนาย ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะกับความมั่นใจที่มีค่าสูงสุด ($r = 0.67$) สอดคล้องกับทฤษฎี Self-efficacy ของ Bandura (1997) ที่อธิบายว่าประสบการณ์ความสำเร็จในการปฏิบัติงาน (Mastery Experience) เป็นแหล่งสำคัญที่สุดในการสร้างความมั่นใจ เมื่อ อสม. มีทักษะที่ดีและปฏิบัติงานสำเร็จ จะเกิดการเสริมแรงทางบวกที่ทำให้เกิดความมั่นใจ และความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีแรงจูงใจพัฒนาทักษะต่อไป เกิดเป็นวงจรเชิงบวก ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Kowitt และคณะ (2015) ที่พบว่าความมั่นใจเป็นปัจจัยสำคัญต่อประสิทธิภาพการทำงานของ อสม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทักษะ ($r = 0.58$) สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bloom (1956) และหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles

(1980) ที่ระบุว่าความรู้เป็นพื้นฐานของการพัฒนาทักษะ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระดับปานกลางบ่งชี้ว่าการมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องมีการฝึกปฏิบัติร่วมด้วย ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับทักษะและความมั่นใจในระดับปานกลาง แต่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในระดับต่ำ ($r = 0.24$) ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Dewey (1938) ที่เสนอว่าประสบการณ์นำไปสู่การพัฒนาทักษะ แต่ไม่จำเป็นต้องนำไปสู่การพัฒนาความรู้ใหม่ หากขาดการเรียนรู้อย่างมีจุดมุ่งหมาย ผลการวิเคราะห์การถดถอยที่พบว่าความรู้เป็นตัวทำนายสำคัญที่สุดของทั้งทักษะ ($\beta = 0.35$) และความมั่นใจ ($\beta = 0.28$) ยืนยันบทบาทของความรู้ในฐานะรากฐานของการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ KAP Model ของ Badran (1995) ที่เสนอว่าความรู้เป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม

3 ประสิทธิผลของแนวทาง ศักยภาพของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกด้านหลังการใช้แนวทาง โดยมีขนาดผลกระทบระดับใหญ่ในด้านความรู้ ($d = 1.38$) ทักษะ ($d = 1.14$) และความมั่นใจ ($d = 1.04$) ผลดังกล่าวยืนยันประสิทธิผลขององค์ประกอบหลักในแนวทาง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Kolb (1984) แนวคิดการเรียนรู้จากตัวแบบของ Bandura (1977) และแนวคิด Scaffolding ของ Vygotsky (1978) ด้านเจตคติมีขนาดผลกระทบระดับกลาง ($d = 0.69$) อาจเนื่องจากปรากฏการณ์เพดาน (Ceiling Effect) ที่กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกอยู่แล้วในระดับดี จึงมีช่องว่างในการพัฒนาน้อยกว่ามิติอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Khanthavudh และคณะ (2024)

4. นัยต่อการปฏิบัติด้านสาธารณสุข

ระดับนโยบาย: ผลที่พบว่าความรู้เป็นตัวทำนายสำคัญที่สุด บ่งชี้ว่านโยบายการพัฒนา อสม. ควรให้ความสำคัญกับการจัดอบรมเพื่อเสริมสร้าง

ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะความรู้ด้านการควบคุมโรคและการดูแลผู้ป่วย **ระดับหน่วยบริการ:** ผลที่พบว่าการสนับสนุนจากระบบสุขภาพมีอิทธิพลต่อศักยภาพ บ่งชี้ว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดระบบนิเทศงาน จัดหาเครื่องมือที่เพียงพอ และส่งเสริมเครือข่ายเรียนรู้ระหว่าง อสม. **ระดับการออกแบบโปรแกรม:** ผลที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างทักษะกับความมั่นใจมีค่าสูงสุด บ่งชี้ว่าการออกแบบโปรแกรมควรเน้นการฝึกปฏิบัติจริง การจำลองสถานการณ์ และการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างสร้างสรรค์ **ระดับการดูแลผู้ป่วย:** ผลที่พบว่า อสม. มีเจตคติเชิงบวกในระดับดี บ่งชี้ว่าหน่วยบริการควรใช้ประโยชน์จากเจตคติดังกล่าว โดยมอบหมายบทบาทที่ชัดเจนและเหมาะสมกับศักยภาพของ อสม.

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัด 4 ประการ ได้แก่ ประการแรก รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางไม่สามารถยืนยันความเป็นเหตุเป็นผลได้อย่างชัดเจน ประการที่สอง การศึกษาในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทแห่งเดียวอาจจำกัดการนำไปใช้กับพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่าง ประการที่สาม การทดลองใช้แนวทางกับกลุ่มตัวอย่าง 50 คน และประเมินผลทันทีหลังการใช้แนวทาง ยังไม่สามารถยืนยันความคงทนของผลลัพธ์ในระยะยาว และประการที่สี่ การใช้แบบสอบถามที่ผู้ตอบประเมินตนเองอาจมีอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ จัดสรรงบประมาณสำหรับเครื่องมือคัดกรองโรค และพัฒนาหลักสูตรมาตรฐานที่ปรับใช้ได้ตามบริบทพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ออนควรนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ จัดอบรมทบทวนทุก 3 เดือน และสร้าง

ระบบพี่เลี้ยงสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ต้องการการพัฒนา

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ของ อสม. อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านการควบคุมโรคและการดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดระบบพี่เลี้ยงและนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย สำหรับการวิจัยในอนาคต ควรใช้รูปแบบการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปร และควรติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินความคงทนของการเปลี่ยนแปลง ควรขยายพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมบริบทที่หลากหลาย เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่ชนบทห่างไกล หรือพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น และควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อศักยภาพของ อสม. เช่น แรงจูงใจ ภายใน บุคลิกภาพ บริบทการทำงาน และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ส่งผลต่อศักยภาพอย่างครอบคลุมมากขึ้น

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้ดำเนินการ เสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข ICH-GPC 58/2568 วันที่ 30 กันยายน 2568

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W., Chariyalertsak, S., Kessomboon, P., Assanangkornchai, S., Taneepanichskul, S., & Putwatana, P. (2020). Prevalence of diabetes and relationship with socioeconomic status in the Thai population: National Health Examination Survey, 2004–2014. *Journal of Diabetes Research*, 2020, 3512675.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Badran, I. G. (1995). Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: A place in the medical profession. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1(1), 8-16.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Becker, G. S. (1964). *Human capital: A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. University of Chicago Press.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Bloom, BS. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals*. New York: Longmans, Green.
- Dewey, J. (1938). *Experience and education*. Kappa Delta Pi.
- Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., Leamy, M. (2024). *Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers*. *PLOS One*, 19(8): e0320559.
- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy* (2nd ed.). New York: Cambridge Books.
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Kowitt, SD., Emmerling, D., Fisher, EB., Tanasugarn, C. (2015). *Community health workers as agents of health promotion: Analyzing Thailand's village health volunteer program*. *Journal of Community Health*, 40(4): 780-788.
- Pitchalard, K., Moonpanane, K., Wimolphan, P., Singkhorn, O., Wongsurapakit, S. (2022). *Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand*. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(3): 328-333.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.
- World Health Organization. (2020). *Community engagement: A health promotion guide for universal health coverage in the*

hands of the people. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2023).

Noncommunicable diseases: Key facts.

[Online]. Retrieved July 15, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Yamane, T. (1967). **Statistics: An introductory analysis** (2nd ed.). New York: Harper and Row.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ
ความดันโลหิตได้และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
โรงพยาบาลราชวิถีนครพิงค์

Health Literacy and Health Behaviors among Patients with Controlled and
Uncontrolled Hypertension at Rajavithi Nakorping Hospital

สิริพร นานีวิติกุล* ชูเนตร ฟองคำ** กาญจนา แสงบุญ***
วโรดม เสมอเชื้อ***a

Siriporn Napaniwatkul*, Chuwanate Fongkum **,
Kanchana Sangboon **, Warodom Samerchua***a

Received: Jan 14, 2026 | Revised: Jan 19, 2026 | Accepted: Jan 30, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ และเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพระหว่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ โดยกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวิถีนครพิงค์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 160 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 80 ราย และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ 80 ราย รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ตุลาคม 2568 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.02, p < 0.001, ES = 1.42$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.82, p < 0.001, ES = 1.39$) แสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนั้น พยาบาลและผู้ให้การดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองมีความรอบรู้ สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคความดันโลหิตสูง, การควบคุมความดันโลหิต

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชวินิตนครพิงค์ จ. เชียงใหม่ อีเมล: s.napaniwatkul@hotmail.com

* Registered nurse Rajavithi Nakorping Hospital Email: s.napaniwatkul@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จ. เชียงใหม่ อีเมล: phutadafongkum@gmail.com

** Registered nurse Chiangmai Neurological Hospital Email: phutadafongkum@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ จ. เชียงใหม่ อีเมล: kanair_4@hotmail.com

** Registered nurse Nakorping Hospital Email: kanair_4@hotmail.com

*** อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จ. เชียงใหม่ อีเมล: warodom_s@payap.ac.th

*** Lecturer McCormick Faculty of Nursing, Payap University Email: warodom_s@payap.ac.th

^a corresponding author

Abstract

This comparative descriptive study aimed to investigate health literacy levels, health behaviors, and differences between hypertensive patients with controlled and uncontrolled blood pressure. The sample consisted of 160 patients diagnosed with hypertension attending the outpatient department of Rajavithi Nakorping Hospital. Participants were selected using purposive sampling and divided into two groups: 80 with controlled blood pressure and 80 with uncontrolled blood pressure. Data were collected from July to October 2025. The research instruments included a health literacy and health behavior questionnaire designed for patients with hypertension. Descriptive statistics and independent t-tests were used for data analysis.

The results indicated that patients with controlled blood pressure had significantly higher overall and domain-specific health literacy scores than those with uncontrolled blood pressure ($t = 9.02$, $p < 0.001$). Furthermore, the controlled group demonstrated significantly better health behaviors than the uncontrolled group ($t = 8.82$, $p < 0.001$). These findings suggest that health literacy and appropriate healthy behaviors play a crucial role in effective blood pressure controlled. Therefore, nurses and other relevant health care providers should realize in providing health literacy and health behavior promotion for supporting health literacy, effective self-health care behaviors, and reduced risk of long-term complications among patients with hypertension particularly in urban areas.

Keywords: Health literacy, Health behaviors, Hypertension, Blood pressure control

บทนำ

ปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน ทำให้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและมีความรุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเป็นอีกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกำลังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก พบได้ 1 ใน 3 ของประชากร ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยร้อยละ 21 มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ และมากถึงร้อยละ 80 ได้รับการรักษาไม่เหมาะสม (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปพบในเพศชาย (26.7%) มากกว่าเพศหญิง (24.2%) (Wisetnakorn, 2025) และมีจำนวนผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มากถึง 2.8 ล้านคน (Department of Disease Control, 2024) โดยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมักจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Thai Hypertension Society, 2019)

โรคความดันโลหิตสูงส่วนมากมักไม่แสดงอาการ หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานร่วมกับไม่ได้รับการรักษา ระดับความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ที่อาจทำให้เกิดความพิการและการสูญเสียสุขภาพจากความบกพร่องทางสุขภาพ และการเสียชีวิต (Du et al., 2018) แม้จะมีแนวทางการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังคงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ ซึ่งส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหาร การใช้ผงปรุงรส/ผงชูรสในการปรุงอาหารเป็นประจำ ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะอ้วน

ลงพุง สูบบุหรี่ และไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (Sodkomkam, 2022; Suwanakitch et al., 2022) และยังพบว่าการไม่มาพบแพทย์ตามนัด การลืมรับประทานยา และการรับประทานยาไม่ตรงเวลามีผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตเช่นกัน (Wangpradit et al., 2024) จากสาเหตุเหล่านี้ล้วนไม่ได้เป็นไปตามหลักที่ควรปฏิบัติของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงซึ่งประกอบด้วย การลดน้ำหนัก การรับประทานอาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง การลดปริมาณโซเดียม การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ (Thai Hypertension Society, 2019) เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่หายขาดต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการรับประทานยารักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะสามารถปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในข้อมูลทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคม ที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นเสมอ โดยต้องมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะการสื่อสารหรือการโต้ตอบซักถาม มีทักษะในการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อ (Nutbeam, 2008) ซึ่งผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องมีความสามารถในการค้นคว้า สื่อสาร อ่าน ฟัง สนทนา ซักถาม และนำไปเลือก วิเคราะห์ถึงประโยชน์ของข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติให้มีสุขภาพดีและควบคุมระดับความดันโลหิต โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ไม่เพียงพอจะส่งผลต่อการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ (Lhakiew and Chalikruea, 2015) และมีผลต่อการลดระดับ

ความดันโลหิตได้ ขณะเดียวกันยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรู้ในระดับสูงมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องได้เช่นกัน (Suwanakitch et al., 2022)

โรงพยาบาลราชวินนครพิงค์ให้บริการทั้งรูปแบบผู้ป่วยนอกทั่วไปและเฉพาะทางตามนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตเมือง โดยในปี พ.ศ. 2566-2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ที่มาใช้บริการถึงจำนวน 324 และ 358 ราย ปัจจุบันยังพบว่าจำนวนผู้ที่มาเข้ารับบริการจำนวนสูงสุด (9,434 ราย) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคทางระบบหัวใจ (10%) โรคทางหลอดเลือดสมอง (10%) และโรคไต (3%) ซึ่งเกิดจากการควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามลำดับ (Medical Records Department, 2025) ข้อมูลเหล่านี้กำลังสะท้อนถึงจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ที่อาจมีสาเหตุมาจากการมีอายุที่เพิ่มมากขึ้น (Thai Hypertension Society, 2019) หรือจากปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (Sodkomkam, 2022; Suwanakitch et al., 2022; Wangpradit, 2024) หรือจากการมีระดับความรู้ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน (Lhakiew and Chalikruea, 2015; Suwanakitch et al., 2022; Tesamut et al., 2023) อย่างไรก็ตามจากสถิติของการมีจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้และเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบต่าง ๆ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลราชวินนครพิงค์นั้น ยังไม่สามารถวิเคราะห์หาปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องได้ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวินนครพิงค์ ผลการวิจัยที่ได้จะแสดงถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งที่

ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในเขตและสังคมเมืองที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
3. เพื่อเปรียบเทียบระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

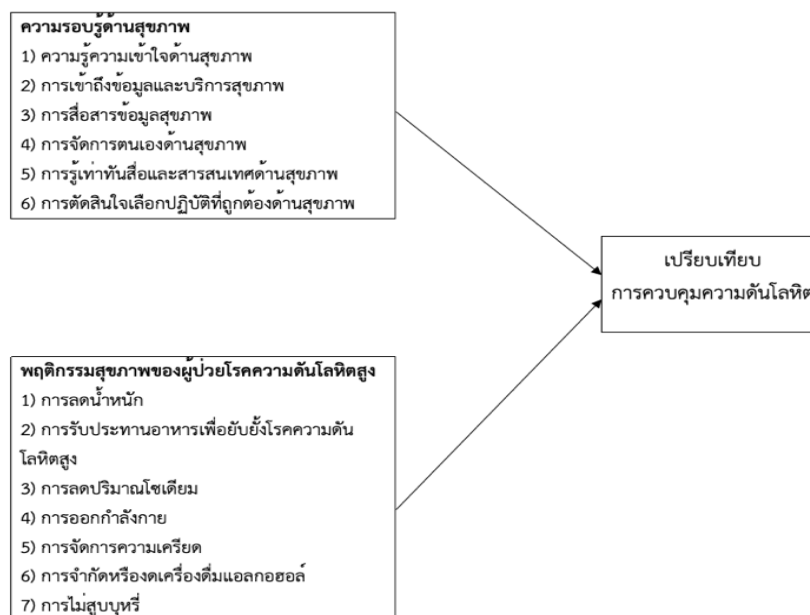
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยดำเนินการตามกรอบแนวคิดที่เชื่อว่า การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมีการปฏิบัติตนเพื่อการมีสุขภาพที่ดีจะต้องมีความรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2008) จำนวน 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 3) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) การจัดการตนเองด้านสุขภาพ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ ในระดับที่เพียงพอ

ต่อการนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ 1) การลดน้ำหนัก 2) การรับประทานอาหารเพื่อยับยั้งโรคความดันโลหิตสูง 3) การลดปริมาณโซเดียม 4) การออกกำลังกาย 5) การจัดการความเครียด 6) การจำกัดหรืองดเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ และ 7) การไม่สูบบุหรี่ (Thonglad, 2021; Puengsema, 2020; Thai Hypertension Society, 2019) ซึ่งจะส่งผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิต ดังภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงบรรยายแบบเปรียบเทียบ (descriptive comparative research) โดยศึกษาใน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ด้วยแบบสอบถาม 1 ครั้ง เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการสุขภาพแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวินนครพิงค์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ได้รับการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรับประทานยาที่มารับบริการสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลราชวินนครพิงค์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

	ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้	ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้
เกณฑ์การคัดเข้า	1. อายุ 18 ปีขึ้นไป 2. สื่อสารภาษาไทยได้ 3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. มีระดับความดันโลหิตขณะมารับบริการและภายใน 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย ที่ 4.1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มม.ปรอท (รายที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ เคยมีโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke/TIA) (Thai Hypertension Society, 2019; WHO, 2023)) หรือ 4.2 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท (รายที่ไม่มีโรคร่วม (WHO, 2023))	1. อายุ 18 ปีขึ้นไป 2. สื่อสารภาษาไทยได้ 3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. มีระดับความดันโลหิตขณะมารับบริการและ/หรือภายใน 3 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย ที่ 4.1 มากกว่า 130/80 มม.ปรอท (รายที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ เคยมีโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke/TIA) (Thai Hypertension Society, 2019 ; WHO, 2023)) หรือ 4.2 มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท (รายที่ไม่มีโรคร่วม (WHO, 2023))
เกณฑ์การคัดออก	1. มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น โรคที่ส่งผลต่อความบกพร่องทางปัญญา มีภาวะวิกฤตขณะมาใช้บริการ	1. มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย เช่น โรคที่ส่งผลต่อความบกพร่องทางปัญญา มีภาวะวิกฤตขณะมาใช้บริการ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ตามข้อเสนอของ Cohen (1992) โดยกำหนดระดับขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (medium effect size) ที่ 0.5 เพื่อใช้ในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่านัยสำคัญของการทดสอบ เท่ากับ 0.05 กำหนดความผิดพลาดไว้ที่ร้อยละ 20 ได้อำนาจกำลังทดสอบ (power of the test) ที่ 0.80 จากนั้นนำไปคำนวณโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*POWER สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มอิสระ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 64 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มละ 80 คน ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 160 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ รสชาติอาหารที่รับประทานเป็นประจำ และข้อมูลด้านความเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคประจำตัวอื่น ระยะเวลาในการรักษา การรับประทานยา การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ผู้ดูแล ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว ค่าความดันโลหิต การตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน

2. แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจ ด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ โดยให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ถ้าตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ การจัดการตนเองด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ โดยประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นจริงมากที่สุด (5 คะแนน) เป็นจริงมาก (4 คะแนน) เป็นจริงปานกลาง (3 คะแนน) เป็นจริงน้อย (2 คะแนน) และไม่เป็นจริง (1 คะแนน) คะแนนรวม 25-135 คะแนน แปลผลของคะแนนออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับ “รู้จัก” หรือระดับต่ำ โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ที่มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เป็นผู้มีคะแนนรวมน้อยกว่า ร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม และระดับ “รู้แจ้ง” หรือระดับสูง โดยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทุกองค์ประกอบ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (functional health literacy) ระดับการสื่อสาร (communicative health literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) ที่สามารถคิดวิเคราะห์ในการเลือกใช้ข้อมูลสุขภาพในการจัดการสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง เป็นผู้มีคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75 ของคะแนนเต็ม โดยมีการแปลผลคะแนนในระดับ “รู้แจ้ง” ดังนี้ (Tesamut et al., 2023)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 101.25 คะแนน

คะแนนความรอบรู้สุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับ 7.50 คะแนน

คะแนนความรอบรู้สุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับ 18.75 คะแนน

คะแนนความรอบรู้สุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับ 18.75 คะแนน

คะแนนความรอบรู้สุขภาพ ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับ 18.75 คะแนน

คะแนนความรอบรู้สุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับ 18.75 คะแนน และ

คะแนนความรอบรู้สุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับ 18.75 คะแนน

3. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ โดยประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) คะแนนรวม 10-50 คะแนน แปลผลของคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยการใช้อันตรายภาคขึ้น คือ ระดับที่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และสูง โดยมีการกำหนดระดับคะแนน ดังนี้ (Tesamut et al., 2023)

คะแนน 10.00–23.33 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง)

คะแนน 23.34–36.67 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องเป็นบางส่วน)

คะแนน 36.68–50.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องสม่ำเสมอ)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ลินยา เทสมุทและคณะ (Tesamut et al., 2023) ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของข้อคำถาม จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาซ้ำ

การหาความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ ลินยา เทสมุทและคณะ (Tesamut et al., 2023) ไปทดสอบกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย จากนั้นนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งค่าความเชื่อมั่น .88 และ .82 ตามลำดับ

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ภายหลังได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลนครพิงค์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ตามลำดับ

2. ก่อนดำเนินการวิจัย 1 วันทำการ ผู้วิจัยทำการพิจารณารายชื่อผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

ตามนัด และประเมินระดับค่าความดันโลหิตภายใน 3 เดือนที่บันทึกไว้

3. วันที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนด และจากค่าความดันโลหิตที่วัดได้ขณะมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี นครพิงค์ ก่อนดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้หรือไม่ได้ ตามลำดับ

4. ผู้วิจัยทำการแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ของโครงการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจ สำหรับกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยแสดงความเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ถามเหตุผลของการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และชี้แจงว่าไม่มีผลกระทบต่อแผนการรักษา สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการลงนามในเอกสารขอความยินยอมเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. ผู้วิจัยสอบถามความประสงค์เรื่องเวลาที่จะสะดวกในการตอบแบบสอบถาม เช่น ก่อนการพบแพทย์หรือหลังพบแพทย์ หากกลุ่มตัวอย่างแสดงความประสงค์ตอบแบบสอบถามก่อนพบแพทย์ ผู้วิจัยแจ้งถึงการรอตรวจว่าเป็นลำดับการรอตรวจตามปกติ และจะแจ้งพยาบาลประจำห้องตรวจไว้

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ในห้องสำหรับตอบแบบสอบถามเพื่อความเป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถาม

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 160 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้ 80 คน และกลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 80 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.88 อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.50) อาชีพข้าราชการ ร้อยละ 34.37 ระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 41.88 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 10 ในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีโรคประจำตัว คือโรคไขมันในเลือดสูงถึง ร้อยละ 78.75

โรคเบาหวาน ร้อยละ 37.50 โรคไต ร้อยละ 6.25 ต้มเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 26.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 5 ระยะเวลาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป มีจำนวนสูงถึง ร้อยละ 73.12 โดยมีกลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ถึง ร้อยละ 77.50 รับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มและมัน ร้อยละ 16.76 รสชาติหวาน ร้อยละ 11.57 ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีถึง ร้อยละ 62.5 ยาที่ต้องรับประทานตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป ในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 63.75 โดยมี ร้อยละ 2.5 ใช้อาลดความดันโลหิต จำนวน 5 ชนิด ค่าความดันโลหิตขณะที่มาตรวจที่โรงพยาบาล $\geq 140/90$ mmHg ในกลุ่มที่ควบคุมความดันไม่ได้มี ร้อยละ 71.25 และการตรวจวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 40

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านโดยรวมในระดับรู้แจ้ง ขณะที่กลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับรู้จำ ยกเว้นด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ และระดับของพฤติกรรมสุขภาพที่พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับเท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้ (N = 80)			กลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (N = 80)		
	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
1. ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	8.31	0.93	รู้แจ้ง	6.47	1.60	รู้จัก
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	21.87	2.20	รู้แจ้ง	17.78	2.40	รู้จัก
3. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	21.68	2.30	รู้แจ้ง	18.52	3.22	รู้จัก
4. ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ	20.98	1.95	รู้แจ้ง	18.25	3.20	รู้จัก
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	19.57	3.51	รู้แจ้ง	17.50	4.81	รู้จัก
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ	20.38	2.70	รู้แจ้ง	19.52	3.38	รู้แจ้ง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	112.82	8.05	รู้แจ้ง	98.06	12.20	รู้จัก
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	45.58	2.73	สูง	39.57	5.45	สูง

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

รายด้านและโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	กลุ่มควบคุม ความดันโลหิตได้ (N = 80)		กลุ่มควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ (N = 80)		T	MD (95% CI), ES
	Mean	SD	Mean	SD		
1. ด้านความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ	8.31	0.93	6.47	1.60	8.83***	1.83 (1.42 - 2.24), 1.39
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	21.87	2.20	17.78	2.40	11.21***	4.08 (3.36 - 4.80), 1.77
3. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	21.68	2.30	18.52	3.22	7.13***	3.16 (2.28 - 4.03), 1.12
4. ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ	20.98	1.95	18.25	3.20	6.52***	2.73 (1.90 - 3.56), 1.03
5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านสุขภาพ	19.57	3.51	17.50	4.81	3.11**	2.07 (0.75 - 3.39), 0.49
6. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ	20.38	2.70	19.52	3.38	1.78	0.86 (-0.09 - 1.81), 0.28
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	112.82	8.05	98.06	12.20	9.02***	14.76 (11.53 - 17.99), 1.42

** p -values < 0.01; *** p -values < 0.001; t = T-test; MD = mean difference; 95% CI = 95% confidence intervals; ES = effect size

4) ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

พฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มควบคุม ความดันโลหิตได้ (N = 80)		กลุ่มควบคุม ความดันโลหิตไม่ได้ (N = 80)		t	MD (95% CI), ES
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง	45.58	2.73	39.57	5.45	8.82***	6.01 (4.66 - 7.35), 1.39

***p-values < 0.001; t = T-test; MD = mean difference; 95% CI = 95% confidence intervals; ES = effect size

อภิปรายผล

1. ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลราชวิถีนครพิงค์ พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มควบคุมความดันโลหิตได้และกลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านและโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.02, p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลินยา เทสมุทและคณะ (Tesamut et al., 2023) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตได้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับรู้แจ้งหรือระดับสูง (mean = 112.82) ขณะที่กลุ่มควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับรู้จำหรือระดับต่ำ (mean = 98.06) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ลินยา เทสมุท และคณะ (Tesamut et al., 2023) และ แพรวพรรณ สุวรรณกิจ และคณะ (Suwanakitch et al., 2022) ที่รายงานว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุม

ความดันโลหิตได้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การทำความเข้าใจ การประเมินและนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพดีกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (Boz and Cimen, 2025; Nutbeam, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีตรา ทองมา (Thongma, 2020) พบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง จะมีความสามารถอ่านและทำความเข้าใจข้อความสุขภาพต่าง ๆ ของตนได้เป็นอย่างดี แตกต่างกับผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (function health literacy) มีการทำความเข้าใจ จดจำ ข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพได้ไม่สมบูรณ์ ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมความดันโลหิต ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีการศึกษต่ำกว่าปริญญาตรี ซึ่งสอดคล้องกับหลายผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านเพศ

การศึกษา เศรษฐฐานะ และรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ โดยเพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงบวก ระดับสูง (Suwanakitch et al., 2022) นอกจากนี้ จาง, ออ และซุง (Zhang et al., 2021) พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางสุขภาพด้าน โดยเฉพาะด้านความสามารถในการนำความรู้ต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติ ขณะที่ เซโอ และคณะ (Seo et al., 2016) รายงานว่าผู้ป่วยเพศชาย ที่มีระดับความรู้ต่ำเพียงพอสามารถทำการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำ ในด้านสถานะทางเศรษฐกิจ พบว่ามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงบวก ระดับต่ำ แต่รายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ($r = -.116, p < 0.05$) (Suwanakitch et al., 2022) นอกจากนี้ ซาฮิด และคณะ (Shahid et al., 2022) ยังชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง แต่มีระดับความรู้ต่ำมีการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์

ทั้งสองกลุ่มมีระดับพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพรวมต่ำกว่ากลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ แม้ว่าระดับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเดียวกันก็ตาม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ลินยา เทสมุท และคณะ (Tesamut et al., 2023) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพระดับไม่ดี (Suwanakitch et al., 2022) ความแตกต่างของผลทางสุขภาพต่ำมีการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง และสนับสนุนว่าความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมีบทบาทสำคัญต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่

พึงประสงค์ได้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่พึงประสงค์ได้ดีกว่า และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์ (Du et al., 2018)

2. ศึกษาาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.82, p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ลินยา เทสมุท และคณะ (Tesamut et al., 2023) โดยผลการศึกษานี้พบว่าการศึกษาอาจอธิบายได้จากบริบทและลักษณะเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงความแตกต่างด้านการรับรู้และการรายงานพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อพิจารณาถึงลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีการปฏิบัติสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และรับประทานอาหารหรือปรุงอาหารที่มีรสชาติเค็มจัด หรือเติมน้ำปลาเพิ่มในอาหาร พฤติกรรมดังกล่าวล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ดังการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานเกลือ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (Makukule et al., 2023) ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ มีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการรับประทานยาลดระดับความดันโลหิตสูงตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ไม่สูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่เหมาะสม

ไม่ปรุปรุสเค็มเพิ่ม รับประทานผักและผลไม้สดที่หลากหลายทุกวัน และควบคุมน้ำหนัก ซึ่งเป็นไปตามคำแนะนำของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society, 2019) และผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องของ มาคุคุเล และคณะ (Makukule et al., 2023)

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงอาจมีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่เหมาะสม สนับสนุนกับการศึกษาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (Suwanakitch et al., 2022) และแนวคิดที่ระบุว่า การมีระดับความรู้ที่สูงช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2009) ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของนักป๋ม (Nutbeam, 2008) มีกระบวนการที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีได้ โดยหลักการแสดงให้เห็นว่าความรอบรู้ไม่ได้เป็นเพียงการ "รู้" แต่เป็น "ทักษะ" ที่พัฒนาจาก 3 กลไก คือ 1) กลไกด้านความรู้และความเข้าใจพื้นฐาน (Cognitive and Knowledge Mechanism) เข้าใจว่าความดันโลหิตสูงคือ "เพชฌฆาตเงียบ" (Silent Killer) ที่มักไม่มีอาการแต่ทำลายอวัยวะภายในสามารถแปลผลค่าตัวเลขความดันโลหิตเข้าใจวิธีใช้ยา ความสำคัญของการกินยาอย่างต่อเนื่อง 2) กลไกด้านพฤติกรรมและการจัดการตนเอง (Behavioral and Self-Efficacy Mechanism) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแรงขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Lifestyle Modification) มีการจัดการตนเอง ให้ความร่วมมือในการรักษามีทักษะในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน 3) กลไกด้านการสื่อสารและการเข้าถึงระบบบริการ (Interactional and Navigational Mechanism)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถสื่อสารอาการและการรักษาของตนเองเกิดการตัดสินใจร่วมกัน ดังนั้นผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการสนับสนุนการให้สุขศึกษาและการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียว ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา โดยใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง อาจเป็นการก่ออคติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษามีลักษณะแตกต่างจากผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วม กลุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมความรู้ พัฒนาทักษะการจัดการตนเอง และการปฏิบัติที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกเฉพาะทางโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ควรมีการศึกษาแบบระยะยาวเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่ได้รับ

การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตน
ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ ด้วย
ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก
อาจารย์ลินยา เทสมุท อาจารย์สังกัดคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย
แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคความดัน
โลหิตสูงและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง จนทำให้วิจัยเสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี
ทั้งนี้ขอกราบขอขอบพระคุณผู้อำนวยความสะดวก
โรงพยาบาลนครพิงค์เชียงใหม่ รองผู้อำนวยการ
ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วย
นอก ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทุกท่าน
ที่ให้การอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกการเก็บ
ข้อมูลวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี ขอขอบคุณผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงและครอบครัวทุกท่านที่ให้ความ
กรุณาเข้าร่วมการวิจัย และให้ความร่วมมือในกิจกรรม
วิจัยเป็นอย่างดีเยี่ยมจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จ
ลุล่วงไปได้ด้วยดี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
ผู้วิจัยเสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผ่านการพิจารณา
รับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ เลขที่
โครงการวิจัย NKP No.102/68

เอกสารอ้างอิง

Boz, MK., Çimen, M. (2025). The Effect of
E-Health Literacy and Patient-

Physician Relationship on Treatment
Adherence. Healthcare, 13(6): 632.

Cohen, J. (1992) Quantitative Methods in
Psychology: A Power Primer.
Psychological Bulletin, 112: 155-159.

Department of Disease Control (2024). Annual
report 2024. [online]. Retrieved
December 25, 2025 from
[https://ddc.moph.go.th/dncd/journal
_detail.php?publish=16681](https://ddc.moph.go.th/dncd/journal_detail.php?publish=16681)

Du, S., Zhou, Y., Fu, C., Wang, Y., Du, X., Xie,
R. (2018). Health literacy and health
outcomes in hypertension: An
integrative review. International journal
of nursing sciences, 5 (3): 301-309.

Lhakiew, A., Chalikruea, T. (2015). Health
literacy and factors related to
medication among patients with
hypertension. Ban Piang Luang
Subdistrict health promoting
hospital, Chiang Mai Province.
Proceedings of the 6th National and
International Academic Conference
and Research Presentation, National
Group in Science, 1(6):635-649.

Makukule, A., Modjadji, P., Thovhogi, N.,
Mokgalaboni, K., Kengne, AP. (2023).
Uncontrolled Hypertension,
Treatment, and Predictors among
Hypertensive Out-Patients
Attending Primary Health Facilities
in Johannesburg, South Africa.
Healthcare (Basel), 11(20).

Medical Records Department. (2025). Patient
Statistics of Rajavithi Nakornping

- Hospital 2023-2024. Chaingmai: Rajavithi Nakornping Hospital.
- Nutbeam, D. (2008). **The evolving concept of health literacy.** Social science & medicine, 67(12): 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2009). **Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?.** International Journal of Public Health, 54(5): 303-305.
- Polit, DF., Beck, CT. (2017). **Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.** (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Puengsema, R. (2020). **Hypertension: The Important Role of Nurses.** Thai Red Cross Nursing Journal, 15(1): 40-49.
- Seo, J., Goodman, MS., Politi, M., Blanchard, M., Kaphingst, KA. (2016). **Effect of Health Literacy on Decision-Making Preferences among Medically Underserved Patients.** Med Decis Making, 36(4): 550-556.
- Shahid, R., Shoker, M., Chu, LM., Frehlick, R., Ward, H., Pahwa, P. (2022). **Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study.** BMC Health Services Research, 22(1): 1148.
- Sodkomkam, S. (2022). **Factors Affecting Blood Pressure Control among Patients with Primary Hypertension, Samut Songkhram Province.** Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life, 2(2): 25-36.
- Suwanakitch, P., Wongsena, W., Jewprasertpan, R. (2022). **Knowledge, Self-Care Behavior and Health Status of Hypertensive Patients.** Buddhachinaraj Medical Journal, 39(2): 182- 192.
- Tesamut, L., Sungwan, P., Somrit, J. (2023). **Health Literacy and Health Behavior of Hypertensive Patients with Controllable and Uncontrollable Blood Pressure Level.** Journal of Nursing and Health Science Research, 15(2): e262142.
- Thai Hypertension Society. (2019). **Guidelines in the Treatment of Hypertension 2019.** [online]. Retrieved November 20, 2025 from <https://www.thaihypertension.org/files/HT%20guideline%20201.With%20watermark.pdf>
- Thonglad, J. (2021). **Factors Relationship Between Health Literacy and Personal Factors with Health Behavior Among Risk Group with Hypertension in Talad Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province.** Primary Health Care Journal (Northeastern Edition), 38(2): 82- 90.
- Thongma, P. (2020). **Health Literacy and Health Outcomes in Hypertensive Patients.** Thai Red Cross Nursing Journal, 13(1): 50-62.
- Wangpradit, O., Chokdeesrijun, C., Tupnunt, S., Pojeang, S., Surusmo, C. (2024). **Health**

- Perception and Medication Adherence of Older Adults with Uncontrolled Hypertension.** Journal of Nursing and Public Health Research, 4(2): e267575.
- Wisetnakorn, V. (2025). Hypertension in Low socioeconomic populations of Thailand. [online]. Retrieved December 2, 2025 from <https://cimjournal.com/confer-update/hypertension-low-economic-thai>.
- World Health Organization [WHO]. (2023). **Hypertension.** [online]. Retrieved December 25, 2025 from https://www-who-int.translate.goog/newsroom/factsheets/detail/hypertension?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=th
- Zhang, F., Or, PPL., Chung, JWY. (2021). **How different health literacy dimensions influences health and well-being among men and women: The mediating role of health behaviours.** Health Expect, 24(2): 617-627.

Understanding and Perspectives of Community Leaders on Community-Based Drug Treatment and Rehabilitation (CBTx) in Jom Thong District, Chiang Mai Province.

เศรษฐพัศ อุดมพิบูลภัทร (Sretthaphat Udompiboonphat)*

Received: Jan 07, 2026 | Revised: Jan 20, 2026 | Accepted: Feb 01, 2026

บทคัดย่อ

ปัญหาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติที่ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยในทุกมิติ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยใช้กระบวนการบำบัดรักษายาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) หรือ "ชุมชนล้อมรั้ว" ซึ่งผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบดังกล่าว การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเข้าใจ มุมมอง และปัญหาอุปสรรคของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงาน CBTx ในพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือผู้นำชุมชนจำนวน 191 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้นำชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับ CBTx อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.0) โดยมีความเข้าใจด้านแนวคิดและบทบาทหน้าที่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.0) แต่มีความเข้าใจด้านขั้นตอนและกระบวนการในระดับน้อย (ร้อยละ 58.6) ด้านมุมมอง พบว่าผู้นำชุมชนมีมุมมองเชิงบวกในระดับมาก ($\bar{x}=3.82$) และรับรู้ความสำคัญของบทบาทในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.21$) แต่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานเพียงระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.30$) ปัญหาหลักที่พบคือทัศนคติเชิงลบและการตีตราผู้เข้ายาเสพติดในชุมชน ($\bar{x}=4.05$) การเปรียบเทียบตามลักษณะส่วนบุคคลพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในด้านตำแหน่งหน้าที่ ประสบการณ์การอบรม ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง และระดับการศึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นความรู้เชิงปฏิบัติเกี่ยวกับขั้นตอนการบำบัดและการติดตามดูแล รวมถึงการรณรงค์ลดการตีตราผู้เข้ายาเสพติดในชุมชน เพื่อให้การดำเนินงาน CBTx มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ : การบำบัดรักษายาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน, ชุมชนล้อมรั้ว, ผู้นำชุมชน, ความเข้าใจ, มุมมอง

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล : Chomthong.159@gmail.com

* Public Health Specialist, Chom Thong District Health Office, Chiang Mai Province Email: Chomthong.159@gmail.com

Abstract

Drug abuse has been elevated to a national agenda in Thailand due to its multidimensional societal impacts. The government has implemented Community-Based Treatment (CBTx), known as "Community Embracing Care," in which community leaders play a crucial role in driving the system. This descriptive research aimed to study the level of understanding, perspectives, and perceived barriers of community leaders regarding CBTx operations in Chom Thong District, Chiang Mai Province. Data were collected from 191 community leaders using a validated questionnaire and analyzed using descriptive and inferential statistics.

The results revealed that community leaders had a moderate level of understanding regarding CBTx (66.0%), with moderate comprehension of concepts and roles (70.0%) but low understanding of operational procedures (58.6%). Leaders demonstrated highly positive perspectives ($\bar{x}=3.82$) and strong awareness of role importance ($\bar{x}=4.21$), yet only moderate operational readiness ($\bar{x}=3.30$). The most significant barriers were negative attitudes and stigmatization toward drug users in the community ($\bar{x}=4.05$). Statistically significant differences ($p<0.05$) were found across positions, training experience, tenure, and educational levels.

Policy recommendations include continuous capacity building for community leaders focusing on practical knowledge of treatment procedures and follow-up care, along with community-wide campaigns to reduce stigmatization of drug users, ensuring effective and sustainable CBTx implementation.

Keywords: Community-Based Drug Treatment, Community Embracing Care, Community Leaders, Understanding, Perspectives

บทนำ

ปัญหาเสพติดได้รับการยกระดับเป็นวาระแห่งชาติของประเทศไทย เนื่องจากส่งผลกระทบต่อสังคมในทุกมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของชาติ รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2567 ระบุว่าจำนวนผู้เสพยาเสพติดในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและประชากรวัยทำงาน (Working Group on Thai Health Report, 2024) จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นจังหวัดชายแดนภาคเหนือได้รับการจัดสรรงบประมาณด้านการปราบปรามยาเสพติดสูงที่สุดในประเทศ เนื่องจากเป็น

เส้นทางการลักลอบขนส่งยาเสพติดที่สำคัญ (Prachatai Independent Online Newspaper, 2024)

รัฐบาลไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดผ่านกลไกการบำบัดรักษายาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Treatment: CBTx) หรือ "ชุมชนล้อมรั้ว" (Thabthimthong, 2024) แนวทาง CBTx มีรากฐานมาจากหลักการส่งเสริมสุขภาพของกรอบออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) ที่เน้นการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนและการสร้าง

สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Hfocus Online News Agency, 2024) ซึ่งแตกต่างจากการบำบัดในสถานพยาบาลที่มุ่งเน้นการรักษาทางการแพทย์เป็นหลัก

แนวคิด CBTx มีข้อได้เปรียบหลายประการ ได้แก่ ผู้รับการบำบัดสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดต้นทุนและระยะเวลาการเดินทาง ครอบครัวและชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และช่วยลดภาระของระบบสาธารณสุข (Kulansri, 2022) อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของระบบ CBTx ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญหลายประการ โดยเฉพาะบทบาทของผู้นำชุมชนซึ่งถือเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน

ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มีบทบาทสำคัญในการประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับประชาชน การสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากชุมชน การค้นหาและชักชวนผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัด รวมถึงการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง (Public Relations Department, 2025) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการดำเนินงาน CBTx ในชุมชนยังเผชิญกับอุปสรรคหลายประการ เช่น ความรู้ความเข้าใจที่จำกัดของผู้นำชุมชน การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากร การประสานงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ และทัศนคติเชิงลบของชุมชนต่อผู้ใช้ยาเสพติด

การศึกษาความเข้าใจและมุมมองของผู้นำชุมชนมีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบ CBTx ให้มีประสิทธิภาพ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) ของ Ajzen (1991) ชี้ให้เห็นว่าการมีความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติเชิงบวก และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการ นอกจากนี้ ทฤษฎีทัศนคติของ Rosenberg และ Hovland (1960)

อธิบายว่าทัศนคติประกอบด้วยสามองค์ประกอบที่เชื่อมโยงกัน คือ องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านความรู้สึก และด้านพฤติกรรม ซึ่งหากผู้นำชุมชนมีความเข้าใจที่ถูกต้องและมีทัศนคติเชิงบวกต่อ CBTx จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเต็มที่

อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม ประกอบด้วย 6 ตำบล 102 หมู่บ้าน มีประชากรประมาณ 70,000 คน (Wikipedia, 2024) พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาสูง มีชาติพันธุ์ต่าง ๆ อาศัยอยู่หลายกลุ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด (Chomthong District Community Development Office, 2024) ปัจจุบันอำเภอจอมทองได้มีการดำเนินงาน CBTx แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความเข้าใจและมุมมองของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานดังกล่าว

แม้ว่า CBTx จะได้รับการนำมาใช้ในหลายพื้นที่ของประเทศไทย แต่การศึกษาเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความเข้าใจและมุมมองของผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนระบบยังมีจำกัด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรมอย่างอำเภอจอมทอง ซึ่งประกอบด้วยชุมชนพื้นราบ และชุมชนบนพื้นที่สูง ที่มีกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลาย การวิจัยครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเข้าใจของผู้นำชุมชน เกี่ยวกับการดำเนินงานศึกษามุมมองของผู้นำชุมชนต่อบทบาทของตนเองในการขับเคลื่อนงาน CBTx และศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามประสบการณ์ของผู้นำชุมชนในพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายและแนวทางการดำเนินงาน CBTx ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเข้าใจของผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติด แบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษามุมมอง ของผู้นำชุมชนต่อบทบาทของตนเอง ในการขับเคลื่อนงานบำบัดรักษา ยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx)
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ตามการรับรู้ของผู้นำชุมชน

สมมติฐาน

1. ผู้นำชุมชนที่เคยเข้าร่วมอบรมหรือสัมมนาเกี่ยวกับระบบ CBTx มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน CBTx

สูงกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยเข้าร่วมอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้นำชุมชนที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน CBTx แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ผู้นำชุมชนที่มีตำแหน่งหน้าที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน CBTx แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ผู้นำชุมชนที่เคยเข้าร่วมอบรมหรือสัมมนาเกี่ยวกับระบบ CBTx มีค่าเฉลี่ยคะแนนมุมมองต่อบทบาทของตนเองในการขับเคลื่อน CBTx สูงกว่าผู้นำชุมชนที่ไม่เคยเข้าร่วมอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
5. ผู้นำชุมชนที่มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งแตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน CBTx แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน

- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- ตำแหน่งหน้าที่
- ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง

2. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน CBTx

- ประสบการณ์ในการเข้าร่วมอบรม/สัมมนาเกี่ยวกับระบบ CBTx

ตัวแปรตาม

1. ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับระบบ CBTx

- ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและหลักการ
- ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงาน
- ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง

2. มุมมองต่อบทบาทของตนเองในการขับเคลื่อนระบบ CBTx

- การรับรู้ความสำคัญของบทบาทผู้นำชุมชน
- ทักษะติดต่อการมีส่วนร่วมในระบบ CBTx
- ความพร้อมในการปฏิบัติงานตามระบบ

3. การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน CBTx

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) เพื่อศึกษาความเข้าใจ มุมมอง และปัญหาอุปสรรคของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาคือผู้นำชุมชนในเขตพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 6 ตำบล 102 หมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 330 คน ประกอบด้วย กำนัน 6 คน, ผู้ใหญ่บ้าน 102 คน, แพทย์ประจำตำบล 6 คน, สารวัตรกำนัน 12 คน และ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 204 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Krejcie (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน 5% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 191 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิตามตำแหน่งหน้าที่ ประกอบด้วย กำนัน 3 คน, ผู้ใหญ่บ้าน 59 คน, แพทย์ประจำตำบล 3 คน, สารวัตรกำนัน 8 คน และ ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 118 คน

เกณฑ์การคัดเข้า-คัดออก

คัดเข้า: ผู้นำชุมชนที่ดำรงตำแหน่งในปัจจุบันสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมวิจัย

คัดออก: ผู้ที่กำลังลาพักผ่อน ลาป่วย หรือลากิจ ดำรงตำแหน่งน้อยกว่า 3 เดือน ผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ไม่ครบถ้วน หรือถอนตัวจากการวิจัย

ขอบเขตด้านเวลา การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 6 เดือน ตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม 2568 ถึง เดือนธันวาคม 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วนสำคัญ

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ CBTx เป็นคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำ

ส่วนที่ 2: แบบทดสอบความเข้าใจเกี่ยวกับ CBTx จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านแนวคิดหลักการ (7 ข้อ) ด้านบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง (6 ข้อ) และด้านขั้นตอนและกระบวนการ (7 ข้อ) เป็นคำถามแบบถูก-ผิด ให้คะแนนตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 20 คะแนน แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้ ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง ความเข้าใจระดับมากที่สุด ร้อยละ 60-79 หมายถึง ความเข้าใจระดับมาก ร้อยละ 40-59 หมายถึง ความเข้าใจระดับปานกลาง ร้อยละ 20-39 หมายถึง ความเข้าใจระดับน้อย และต่ำกว่าร้อยละ 20 หมายถึง ความเข้าใจระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3: แบบวัดมุมมองต่อบทบาทของตนเองในการขับเคลื่อน CBTx จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความสำคัญของบทบาท (5 ข้อ) ด้านทัศนคติต่อการมีส่วนร่วม (5 ข้อ) และด้านความพร้อมในการปฏิบัติงาน (5 ข้อ) เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) แปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1981) ดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง มาก 2.61-3.40 หมายถึง ปานกลาง 1.51-2.60 หมายถึง น้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4: แบบวัดปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน CBTx จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรและความรู้ความเข้าใจ (4 ข้อ) ด้านทรัพยากรและงบประมาณ (4 ข้อ) ด้านการประสานงานและความร่วมมือ (4 ข้อ) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน

(4 ข้อ) และด้านทัศนคติเชิงลบของคนในชุมชน (4 ข้อ) เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ แปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์เดียวกับส่วนที่ 3

ส่วนที่ 5: ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดยาเสพติด และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย คำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถาม ไปทดสอบกับผู้นำชุมชนในพื้นที่อำเภอใกล้เคียง ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) และการวิเคราะห์คุณภาพรายข้อ ผลการตรวจสอบมีดังนี้ แบบวัดมุมมอง (ส่วนที่ 3) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ $\alpha=0.89$ โดยรายด้าน มีค่าดังนี้ ด้านการรับรู้ความสำคัญของบทบาท $\alpha=0.85$ ด้านทัศนคติต่อการมีส่วนร่วม $\alpha=0.87$ และด้านความพร้อมในการปฏิบัติงาน $\alpha=0.84$ แบบวัดปัญหาและอุปสรรค (ส่วนที่ 4) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ $\alpha=0.92$ โดยรายด้านมีค่าระหว่าง $\alpha=0.81-0.88$ แบบทดสอบความเข้าใจ (ส่วนที่ 2) วิเคราะห์คุณภาพรายข้อ พบค่าความยากง่าย (Difficulty Index) อยู่ระหว่าง 0.35-0.78 และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Index) อยู่ระหว่าง 0.25-0.65 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การทดสอบเครื่องมือ (Pilot Testing)

การทดสอบเครื่องมือดำเนินการกับผู้นำชุมชนในพื้นที่อำเภอสันป่าตอง จำนวน 30 คน ผลการทดสอบพบว่าผู้ตอบใช้เวลาเฉลี่ย 20-25 นาที ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อค้นพบ ดังนี้ ปรับถ้อยคำในข้อคำถาม 3 ข้อ ที่ผู้ตอบรายงานว่าไม่ชัดเจนหรือเข้าใจยาก โดยเฉพาะคำศัพท์เฉพาะทางที่เกี่ยวกับ CBTx ได้แก่ การจำแนกระดับผู้เข้าเสพติด และขั้นตอนการส่งต่อ นอกจากนี้ยังปรับลำดับข้อคำถามในส่วนที่ 2 เพื่อให้เรียงจากง่ายไปยาก และเพิ่มคำอธิบายในส่วนนำของแบบสอบถามให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

มาตรการลดอคติในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากการวิจัยใช้ข้อมูลที่รายงานด้วยตนเอง (Self-reported Data) ซึ่งอาจเกิดอคติจากความปรารถนาทางสังคม (Social Desirability Bias) ผู้วิจัยจึงดำเนินการมาตรการลดอคติ ดังนี้

1. ใช้แบบสอบถามแบบไม่ระบุตัวตน (Anonymous Questionnaire) โดยไม่ให้ผู้ตอบระบุชื่อ-สกุล หรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและการรักษาความลับอย่างชัดเจนก่อนการตอบแบบสอบถาม โดยระบุว่าข้อมูลจะนำไปใช้ในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น
3. ให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบด้วยตนเอง โดยไม่มีผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่อยู่ใกล้ขีด เพื่อลดความกดดันและให้ผู้ตอบรู้สึกเป็นอิสระในการแสดงความคิดเห็น
4. ออกแบบคำถามให้เป็นกลางและหลีกเลี่ยงการใช้ถ้อยคำที่ชี้นำ
5. สลับลำดับข้อคำถาม เชิงบวกและเชิงลบ เพื่อป้องกันการตอบแบบเดียวกันตลอด (Response Set)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจอมทองเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล แจกแบบสอบถามผ่านที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านประจำเดือนและการลงพื้นที่เก็บข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินการหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลแล้ว โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้การวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลจะใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากร การนำเสนอข้อมูลจะใช้ตารางแจกแจงความถี่และแผนภูมิประกอบเพื่อให้เห็นภาพรวมได้ชัดเจน

ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความเข้าใจ มุมมอง และการรับรู้ปัญหาอุปสรรค ซึ่งเป็นข้อมูลจากมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จะวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละข้อและแต่ละด้านการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยจะใช้เกณฑ์ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึงระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึงระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึงระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.81- 2.60 หมายถึงระดับน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึงระดับน้อยที่สุด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจะใช้สถิติอ้างอิงที่เหมาะสม เช่น การทดสอบไคสแควร์สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม การทดสอบทีสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม และการวิเคราะห์

ความแปรปรวนทางเดียวสำหรับเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มที่มากกว่าสองกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สำหรับข้อมูลจากคำถามปลายเปิด จะใช้การวิเคราะห์เนื้อหาโดยการอ่านคำตอบทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม จัดกลุ่มคำตอบที่มีเนื้อหาคล้ายคลึงกัน กำหนดประเด็นหลักและประเด็นย่อยที่ปรากฏ นับความถี่ของแต่ละประเด็น และสรุปเป็นข้อค้นพบเชิงคุณภาพเพื่อสนับสนุนผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ยประมาณ 52 ปี โดยกลุ่มอายุ 51-60 ปี มีสัดส่วนมากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่าผู้นำชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนซึ่งมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการทำงานชุมชน ด้านการศึกษาพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ขณะที่ผู้จบปริญญาตรีขึ้นไปมีสัดส่วนน้อยที่สุด (ตารางที่ 1)

1.2 ตำแหน่งหน้าที่และประสบการณ์การทำงานของผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง รองลงมาคือผู้ใหญ่บ้าน ส่วนกำนัน สารวัตรกำนัน และแพทย์ประจำตำบลมีสัดส่วนน้อย ด้านระยะเวลาดำรงตำแหน่งมีค่าเฉลี่ยประมาณ 9 ปี โดยกลุ่มที่ดำรงตำแหน่ง 5-10 ปี มีสัดส่วนมากที่สุด แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1)

1.3 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน ผู้นำชุมชนมีประสบการณ์ในการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากที่สุด ขณะที่ผู้เคยเข้าร่วมอบรมหรือ

สัมมนามีเพียงประมาณครึ่งหนึ่ง และผู้มีประสบการณ์
ตรงในการดำเนินงานบำบัดมีน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง ข้อ
ค้นพบนี้บ่งชี้ว่าผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดประสบการณ์

ตรงด้านการบำบัดยาเสพติด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความ
พร้อมในการปฏิบัติงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและประสบการณ์ของผู้นำชุมชน (n=191)

ลักษณะ	รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ			
	ชาย	131	68.6
	หญิง	60	31.4
2. อายุ (ปี)			
	$\bar{x} = 52.4$, $SD = 9.7$, Min-Max = 28-68		
	น้อยกว่า 40 ปี	32	16.8
	41-50 ปี	58	30.4
	51-60 ปี	71	37.2
	มากกว่า 60 ปี	30	15.7
3. การศึกษา			
	ประถมศึกษา	50	26.2
	มัธยมศึกษาตอนต้น	41	21.5
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	57	29.8
	อนุปริญญา/ปวส.	29	15.2
	ปริญญาตรีขึ้นไป	14	7.3
4. ตำแหน่ง			
	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	118	61.8
	ผู้ใหญ่บ้าน	59	30.9
	กำนัน	6	3.1
	สารวัตรกำนัน	5	2.6
	แพทย์ประจำตำบล	3	1.6
5. ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง (ปี) $\bar{x} = 8.8$, $SD = 6.3$, Min-Max = 1-25			
	น้อยกว่า 5 ปี	51	26.7
	5-10 ปี	71	37.2
	11-15 ปี	49	25.7
	มากกว่า 15 ปี	20	10.5

ลักษณะ	รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. ประสิทธิภาพเกี่ยวกับ CBTx			
	เคยเข้าร่วมอบรม/สัมมนา	94	49.2
	เคยดำเนินงานบำบัดรักษายาเสพติด	80	41.9
	เคยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	109	57.1

ส่วนที่ 2 ความเข้าใจของผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน

ผลการวิเคราะห์คะแนนความเข้าใจ (ตารางที่ 2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจในระดับปานกลาง รองลงมาคือกลุ่มที่เข้าใจมากและกลุ่มที่เข้าใจน้อย มีเพียงส่วนน้อยที่มีความเข้าใจในระดับมากที่สุดหรือไม่เข้าใจเลย ผลนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้นำชุมชนมีพื้นฐานความเข้าใจที่พอใช้ แต่ยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาให้มีความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น

เมื่อพิจารณาคะแนนความเข้าใจจำแนกตามด้าน พบรูปแบบที่น่าสนใจคือ ผู้นำชุมชนมีความเข้าใจด้านบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง และด้านแนวคิดหลักการอยู่ในระดับปานกลาง ใกล้เคียงกัน แต่มีความเข้าใจด้านขั้นตอนและกระบวนการอยู่ในระดับน้อย

ช่องว่างนี้แสดงให้เห็นว่าผู้นำชุมชนเข้าใจ "ภาพรวม" ของ CBTx ได้ดี แต่ยังขาดความเข้าใจใน "รายละเอียดเชิงปฏิบัติ" ของกระบวนการบำบัด (ตารางที่ 3)

การวิเคราะห์อัตราการตอบถูกในแต่ละข้อคำถาม ยืนยันข้อค้นพบข้างต้น กล่าวคือ ข้อคำถามที่ผู้นำชุมชนตอบถูกมากที่สุด เป็นประเด็นเชิงแนวคิด ได้แก่ บทบาทหลักของผู้นำชุมชน ความหมายของ CBTx และหลักการสำคัญของการบำบัด ในทางตรงกันข้าม ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุดล้วนเป็นประเด็นเชิงปฏิบัติ ได้แก่ ระยะเวลาการติดตามดูแล การจำแนกผู้หายาเสพติด 3 ระดับ และประโยชน์ของการบำบัดใกล้บ้าน ผลนี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้เชิงปฏิบัติแก่ผู้นำชุมชนอย่างเร่งด่วน

ตารางที่ 2 คะแนนความเข้าใจโดยรวม เกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (n=191)

ระดับความเข้าใจ	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เข้าใจมากที่สุด	18-20	16	8.4
เข้าใจมาก	15-17	44	23.0
เข้าใจปานกลาง	12-14	82	42.9
เข้าใจน้อย	9-11	40	20.9
ไม่เข้าใจ/เข้าใจน้อยที่สุด	0-8	9	4.7
รวม		191	100.0
$\bar{x} = 13.2$, S.D. = 3.4, Min = 4, Max = 20			
ระดับความเข้าใจโดยรวม: ปานกลาง (ร้อยละ 66.0)			

ตารางที่ 3 คะแนนความเข้าใจจำแนกตามด้าน (n=191)

ด้านความเข้าใจ	$\bar{x}$	S.D.	ร้อยละ	ระดับความเข้าใจ
แนวคิดและหลักการ	4.2	1.3	70.0	ปานกลาง
ขั้นตอนและกระบวนการ	4.1	1.6	58.6	น้อย
บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง	4.9	1.2	70.0	ปานกลาง
รวม	13.2	3.4	66.0	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 มุมมองต่อบทบาทของตนเองในการขับเคลื่อนการบำบัดรักษายาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน

ผู้นำชุมชนมีมุมมองเชิงบวกในระดับมาก โดยตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทตนเองอย่างชัดเจน และมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม พบช่องว่างสำคัญระหว่างการรับรู้ความสำคัญกับความพร้อมในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการการพัฒนาศักยภาพ

ด้านการรับรู้ความสำคัญของบทบาท ผู้นำชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทตนเองอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างการยอมรับจากคนในชุมชน และการมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการบำบัดยาเสพติดให้ประสบความสำเร็จ ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่าผู้นำชุมชนเข้าใจและยอมรับบทบาทของตนในระบบ CBTx เป็นอย่างดี (ตารางที่ 4)

ด้านทัศนคติต่อการมีส่วนร่วม ผู้นำชุมชนแสดงทัศนคติเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะความพร้อมรับการอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และความรู้สึกมีความรับผิดชอบต่อปัญหาเสพติด

ในชุมชน อย่างไรก็ตาม ความพร้อมในการอุทิศเวลา มีระดับต่ำกว่าประเด็นอื่นในกลุ่มนี้ ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาระงานที่หลากหลายของผู้นำชุมชน (ตารางที่ 5)

ด้านความพร้อมในการปฏิบัติงาน ประเด็นที่น่ากังวลคือความพร้อมในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านความรู้ที่เพียงพอและความมั่นใจในการดำเนินงาน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในกลุ่มมุมมองทั้งหมด ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการทดสอบความเข้าใจที่อยู่ในระดับปานกลาง และชี้ให้เห็นถึงช่องว่างระหว่าง "ความตั้งใจ" กับ "ความพร้อม" ที่ต้องได้รับการแก้ไขผ่านการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ (ตารางที่ 6)

ผลการวิเคราะห์มุมมองของผู้นำชุมชนพบว่าโดยรวมมีมุมมองเชิงบวกอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบความแตกต่างที่น่าสนใจ กล่าวคือ ผู้นำชุมชนมีการรับรู้ความสำคัญของบทบาทอยู่ในระดับมากที่สุด และมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก แต่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานอยู่เพียงระดับปานกลาง (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 4 การรับรู้ความสำคัญของบทบาทในการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (n=191)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความเห็นด้วย
1. ผู้นำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการบำบัดยาเสพติดในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ	4.28	0.67	มากที่สุด
2. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนส่งผลต่อความสำเร็จของการบำบัดรักษา	4.15	0.71	มาก
3. ผู้นำชุมชนเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างการยอมรับจากคนในชุมชน	4.32	0.64	มากที่สุด
4. บทบาทผู้นำชุมชนมีความจำเป็นในทุกขั้นตอนของการบำบัดยาเสพติดในชุมชน	4.08	0.74	มาก
5. ผู้นำชุมชนสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีในการต่อต้านยาเสพติด	4.21	0.69	มากที่สุด
รวมด้านการรับรู้ความสำคัญ	4.21	0.58	มากที่สุด

ตารางที่ 5 ทศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (n=191)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความเห็นด้วย
6. ข้าพเจ้าเต็มใจเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดรักษายาเสพติดในชุมชน	3.89	0.78	มาก
7. ข้าพเจ้าพร้อมที่จะอุทิศเวลาสำหรับการดำเนินงานบำบัดยาเสพติดในชุมชน	3.76	0.82	มาก
8. ข้าพเจ้ารู้สึกมีความรับผิดชอบต่อปัญหาเสพติดในชุมชน	4.05	0.73	มาก
9. ข้าพเจ้าเชื่อว่าการมีส่วนร่วมของตนจะช่วยแก้ปัญหาเสพติดได้	3.92	0.76	มาก
10. ข้าพเจ้าพร้อมรับการอบรมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน	4.18	0.70	มาก
รวมด้านทัศนคติการมีส่วนร่วม	3.96	0.63	มาก

ตารางที่ 6 ความพร้อมในการปฏิบัติงานการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (n=191)

รายการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความเห็นด้วย
11. ข้าพเจ้ามีความรู้เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานการบำบัดยาเสพติดในชุมชน	3.12	0.89	ปานกลาง
12. ข้าพเจ้ามีความมั่นใจในการดำเนินงานการบำบัดยาเสพติดในชุมชน	3.08	0.92	ปานกลาง
13. ข้าพเจ้ามีทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับการทำงานนี้	3.45	0.81	มาก
14. ข้าพเจ้าสามารถสร้างความร่วมมือจากประชาชนในชุมชนได้	3.58	0.77	มาก
15. ข้าพเจ้ามีเครือข่ายที่สนับสนุนการดำเนินงานบำบัดยาเสพติดในชุมชน	3.28	0.85	ปานกลาง
รวมด้านความพร้อมในการปฏิบัติงาน	3.30	0.69	ปานกลาง

ตารางที่ 7 มุมมองโดยรวมต่อบทบาทของตนเองในการขับเคลื่อนการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (n=191)

ด้านมุมมอง	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความเห็นด้วย
การรับรู้ความสำคัญของบทบาท	4.21	0.58	มากที่สุด
ทัศนคติต่อการมีส่วนร่วม	3.96	0.63	มาก
ความพร้อมในการปฏิบัติงาน	3.30	0.69	ปานกลาง
มุมมองโดยรวม	3.82	0.52	มาก

ส่วนที่ 4 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน

ผู้นำชุมชนประเมินว่าการดำเนินงาน CBTx เฝือกับปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน และทัศนคติเชิงลบของคนในชุมชน มีระดับความรุนแรงสูงที่สุดเท่ากัน รองลงมาคือปัญหาด้านบุคลากรและความรู้ความเข้าใจ ปัญหาด้านทรัพยากรและงบประมาณ และปัญหาด้านการประสานงานและความร่วมมือตามลำดับ (ตารางที่ 8)

การวิเคราะห์รายข้อพบว่า ปัญหาที่มีความรุนแรงมากที่สุด เกี่ยวข้องกับทัศนคติและการยอมรับของชุมชน ได้แก่คนในชุมชนมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ใช้

ยาเสพติด ครอบครัวและชุมชนไม่กล้าเปิดเผยข้อมูล ผู้ใช้ยาเสพติด การตีตราและแยกแยะผู้ใช้ยาเสพติด และความเชื่อว่าผู้ใช้ยาเสพติดรักษาไม่หายและไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายเชิงสังคม และวัฒนธรรมที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงาน CBTx

นอกจากนี้ การขาดการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ก็เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ความเข้าใจและความพร้อมในการปฏิบัติงานที่อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ปัญหาด้านสถานที่สำหรับการบำบัดในชุมชนมีความรุนแรงต่ำที่สุด แสดงว่าทรัพยากรทางกายภาพไม่ใช่อุปสรรคหลัก

ตารางที่ 8 ปัญหาและอุปสรรคโดยรวม ในการดำเนินงานบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (n=191)

ด้านปัญหา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับปัญหา
การมีส่วนร่วมของชุมชน	4.05	0.58	มาก
ทัศนคติและความเชื่อของคนในชุมชน	4.05	0.61	มาก
บุคลากรและความรู้ความเข้าใจ	3.84	0.65	มาก
ทรัพยากรและงบประมาณ	3.62	0.71	มาก
การประสานงานและความร่วมมือ	3.59	0.73	มาก
ปัญหาโดยรวม	3.83	0.54	มาก

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความเข้าใจและมุมมองตามลักษณะส่วนบุคคล

พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายประเด็น โดยตำแหน่งหน้าที่ ประสบการณ์การอบรม ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง และระดับการศึกษา ล้วนมีความสัมพันธ์กับระดับความเข้าใจ มุมมอง และการรับรู้ปัญหา ผลการวิเคราะห์นี้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการออกแบบโปรแกรมพัฒนาศักยภาพที่ตรงกลุ่มเป้าหมาย

ด้านตำแหน่งหน้าที่: จากการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแพทย์ประจำตำบลมีความเข้าใจสูงสุด รองลงมาคือกำนันและผู้ใหญ่บ้าน ขณะที่ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านมีความเข้าใจต่ำที่สุด ข้อค้นพบนี้มีนัยสำคัญเชิงนโยบาย เนื่องจากผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนมากที่สุดในกลุ่มผู้นำชุมชน การพัฒนาศักยภาพจึงควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลุ่มนี้ (ตารางที่ 9)

ด้านประสบการณ์การอบรม: การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน ตามประสบการณ์การอบรมพบว่า ผู้นำชุมชนที่เคยเข้าร่วมอบรม มีความเข้าใจสูงกว่า ผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกมิติ โดยความแตกต่างมากที่สุดอยู่ในมิติหลักการและแนวคิด CBTx รองลงมาคือบทบาทผู้นำชุมชน ขั้นตอนการดำเนินงาน การประสานงาน และการจัดการปัญหา ตามลำดับ ผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยและแสดง

ให้เห็นถึง ประสิทธิภาพของการอบรมในการพัฒนาความเข้าใจทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการขับเคลื่อนงาน CBTx ในระดับชุมชนต่อไป (ตารางที่ 10) ส่วนการเปรียบเทียบด้านมุมมองต่อการดำเนินงาน CBTx พบว่าผู้ที่เคยเข้าร่วมอบรมมีมุมมองเชิงบวก มากกว่าผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลนี้ยืนยันประสิทธิภาพของการอบรม และสนับสนุนข้อเสนอแนะให้จัดการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 11)

ด้านระยะเวลาดำรงตำแหน่ง: ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือผู้ที่ดำรงตำแหน่งน้อยกว่า 5 ปี รับรู้ปัญหามากที่สุด ขณะที่ผู้ที่ดำรงตำแหน่งมากกว่า 15 ปี รับรู้ปัญหาน้อยที่สุด ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ และอาจอธิบายได้ว่าผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่ายังไม่คุ้นเคยกับระบบและวิธีการรับมือกับปัญหา หรืออาจมีความคาดหวังที่สูงกว่า ขณะที่ผู้ที่มีประสบการณ์มากอาจปรับตัวและหาวิธีจัดการกับอุปสรรคได้ดีกว่า (ตารางที่ 11)

ด้านระดับการศึกษา: พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง ระดับการศึกษากับความเข้าใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่จบปริญญาตรีขึ้นไป มีความเข้าใจสูงสุด ขณะที่ผู้ที่จบประถมศึกษา มีความเข้าใจต่ำที่สุด ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการออกแบบสื่อและกิจกรรมการเรียนรู้ ควรคำนึงถึงความหลากหลายของระดับการศึกษาในกลุ่มผู้นำชุมชน (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนความเข้าใจตามตำแหน่งหน้าที่ (n=191)

ตำแหน่งหน้าที่	ความเข้าใจโดยรวม		F	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.		
กำนัน	15.67	2.52	8.452	0.000*
ผู้ใหญ่บ้าน	14.29	2.98		
แพทย์ประจำตำบล	17.33	1.53		
สารวัตรกำนัน	13.25	3.69		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	12.56	3.42		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน ตามประสบการณ์การอบรม (n=191)

มิติความเข้าใจ	ความเข้าใจ		t	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.		
1. หลักการและแนวคิด CBTx				
เคยเข้าร่วมอบรม (n=94)	4.01	0.58	9.230	0.000*
ไม่เคยเข้าร่วมอบรม (n=97)	3.18	0.69		
2. ขั้นตอนการดำเนินงาน CBTx				
เคยเข้าร่วมอบรม (n=94)	3.76	0.72	7.890	0.000*
ไม่เคยเข้าร่วมอบรม (n=97)	3.03	0.75		
3. บทบาทผู้นำชุมชนใน CBTx				
เคยเข้าร่วมอบรม (n=94)	3.91	0.61	8.120	0.000*
ไม่เคยเข้าร่วมอบรม (n=97)	3.15	0.68		
4. การประสานงานระหว่างหน่วยงาน				
เคยเข้าร่วมอบรม (n=94)	3.68	0.69	6.780	0.000*
ไม่เคยเข้าร่วมอบรม (n=97)	3.06	0.73		
5. การจัดการกรณีศึกษาและปัญหา				
เคยเข้าร่วมอบรม (n=94)	3.58	0.76	5.920	0.000*
ไม่เคยเข้าร่วมอบรม (n=97)	2.95	0.81		

มิตិความเข้าใจ	ความเข้าใจ	t	Sig.
ความเข้าใจโดยรวม			
เคยเข้าร่วมอบรม (n=94)	3.79 0.54	9.450	0.000*
ไม่เคยเข้าร่วมอบรม (n=97)	3.07 0.62		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบมุมมองตามประสบการณ์การอบรม (n=191)

ตำแหน่งหน้าที่	มุมมองโดยรวม		t	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.		
เคยเข้าร่วมอบรม (n=94)	3.68	0.48	6.124	0.000*
ไม่เคยเข้าร่วมอบรม (n=97)	3.44	0.52		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบการรับรู้ปัญหาตามระยะเวลาดำรงตำแหน่ง (n=191)

ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง (ปี)	การรับรู้ปัญหาโดยรวม		F	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.		
น้อยกว่า 5 (n=51)	4.12	0.48	6.789	0.000*
5-10 (n=71)	3.89	0.52		
11-15 (n=49)	3.68	0.58		
มากกว่า 15 (n=20)	3.52	0.61		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบความเข้าใจตามระดับการศึกษา (n=191)

ระดับการศึกษา	ความเข้าใจโดยรวม		F	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.		
ประถมศึกษา	11.52	3.28	13.458	0.000*
มัธยมศึกษาตอนต้น	12.39	3.12		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	13.18	3.05		
อนุปริญญา/ปวส.	14.58	2.76		
ปริญญาตรีขึ้นไป	15.89	2.34		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพมากที่สุด รองลงมาคือการสนับสนุนทรัพยากร การปรับปรุงระบบการประสานงาน และการสร้างการยอมรับในชุมชน นอกจากนี้ยังพบปัญหาเพิ่มเติมที่ไม่ปรากฏในแบบสอบถาม เช่น การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง และการย้ายถิ่นฐานของผู้ใช้ยาเสพติด

ข้อเสนอแนะที่ได้รับความสำคัญสูงสุด การวิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพพบว่าผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพมากที่สุด โดยเฉพาะการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดสอบความเข้าใจที่อยู่ในระดับปานกลาง และความพร้อมในการปฏิบัติงานที่จำกัด รองลงมาคือการสนับสนุนทรัพยากร โดยเฉพาะการเพิ่มงบประมาณดำเนินงาน และการปรับปรุงระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงาน การสร้างการยอมรับในชุมชนก็เป็นประเด็นที่ได้รับการกล่าวถึงมาก โดยเฉพาะการรณรงค์เปลี่ยนทัศนคติของชุมชนต่อผู้ใช้ยาเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัญหาที่พบว่าการตีตราเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุด

ปัญหาเพิ่มเติมที่ค้นพบ ผู้นำชุมชนรายงานปัญหาเพิ่มเติมที่ไม่ปรากฏในแบบสอบถาม ได้แก่ การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในพื้นที่ ปัญหาการขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน การย้ายถิ่นฐานบ่อยของผู้ใช้ยาเสพติด การแพร่ระบาดของยาเสพติดชนิดใหม่ และความกังวลด้านความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความท้าทายเฉพาะของพื้นที่อำเภอจอมทอง ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูงและมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งควรได้รับการพิจารณาในการพัฒนานโยบายและแนวทางการดำเนินงานต่อไป

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความเข้าใจ มุมมอง และปัญหาอุปสรรคของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงาน

บำบัดรักษาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในพื้นที่อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ จากกลุ่มตัวอย่างผู้นำชุมชนจำนวน 191 คน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ผู้นำชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับ CBTx อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.0) โดยมีความเข้าใจด้านแนวคิดหลักการและบทบาทหน้าที่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.0) แต่มีความเข้าใจด้านขั้นตอนและกระบวนการในระดับน้อย (ร้อยละ 58.6) ผลนี้สะท้อนให้เห็นช่องว่างระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีกับความรู้เชิงปฏิบัติ ด้านมุมมอง ผู้นำชุมชนมีมุมมองเชิงบวกในระดับมาก ($\bar{x}=3.82$) โดยมีการรับรู้ความสำคัญของบทบาทในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.21$) และมีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในระดับมาก ($\bar{x}=3.96$) อย่างไรก็ตาม ความพร้อมในการปฏิบัติงานอยู่เพียงระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.30$) โดยเฉพาะด้านความรู้ที่เพียงพอและความมั่นใจ ช่องว่างระหว่างการเรียนรู้ความสำคัญกับความพร้อมในการปฏิบัติงานนี้บ่งชี้ถึงความต้องการการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ปัญหาหลักที่พบคือการมีส่วนร่วมของชุมชนและทัศนคติเชิงลบต่อผู้ใช้ยาเสพติด ($\bar{x}=4.05$) โดยเฉพาะการตีตราและการไม่กล้าเปิดเผยข้อมูล ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการค้นหาและนำผู้ใช้ยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัด นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านบุคลากรและความรู้ความเข้าใจ การขาดทรัพยากร และการประสานงานที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเปรียบเทียบตามลักษณะส่วนบุคคลพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยแพทย์ประจำตำบลและกำนันมีความเข้าใจสูงกว่าผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ผู้ที่เคยเข้าร่วมอบรมมีมุมมองเชิงบวกมากกว่าผู้ที่ไม่เคยอบรม ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่ามีความเข้าใจมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า และผู้ที่ดำรงตำแหน่งน้อยกว่า 5 ปี รับรู้ปัญหามากกว่าผู้ที่ดำรงตำแหน่งนานกว่า

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความเข้าใจของผู้นำชุมชนเกี่ยวกับการบำบัดยาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐาน

ผลการวิจัยพบว่าผู้นำชุมชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษายาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.0) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kulansri และคณะ (2022) รวมถึง Saraceno และคณะ (2007) ที่พบว่าผู้ปฏิบัติงานในชุมชนมักมีความรู้พื้นฐานแต่ขาดความเข้าใจเชิงลึกประเด็นสำคัญคือผู้นำชุมชนเข้าใจแนวคิดและบทบาทหน้าที่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.0) แต่เข้าใจขั้นตอนและกระบวนการในระดับน้อย (ร้อยละ 58.6) โดยเฉพาะการจำแนกผู้ให้ยาเสพติด 3 ระดับและระยะเวลาการติดตามดูแล สะท้อนช่องว่างระหว่างความรู้เชิงทฤษฎีกับเชิงปฏิบัติที่สอดคล้องกับรายงานของ WHO (2021) ที่ระบุว่าการขาดการอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความเข้าใจเชิงปฏิบัติด้านการวิเคราะห์ตามประสบการณ์การอบรมพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยผู้ที่เคยเข้าร่วมอบรมมีความเข้าใจสูงกว่าในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติหลักการและแนวคิด CBTx ที่กลุ่มผู้เคยอบรมสามารถอธิบายแนวคิด "ชุมชนล้อมรั้ว" และความเชื่อมโยงกับกรอบอ้อมติดตามได้อย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยอบรมมักมีความเข้าใจผิวเผินหรือสับสนกับการบำบัดในสถานพยาบาล นอกจากนี้ผู้เคยอบรมมีความชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบของตนมากกว่า สามารถระบุบทบาทเฉพาะได้เป็นรูปธรรม เช่น การประสานงานระหว่างระบบสาธารณสุขกับชุมชน การสร้างการยอมรับ การระดมทรัพยากร และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยอบรมมักมองบทบาทตนจำกัดเพียงการรายงานผู้เสพยาเสพติดให้เจ้าหน้าที่ทราบ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ที่อธิบายว่า

ความเชื่อเชิงพฤติกรรมซึ่งเกิดจากความรู้ความเข้าใจเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างทัศนคติและความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อพิจารณาตามตำแหน่งหน้าที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยแพทย์ประจำตำบลและกำนันมีความเข้าใจสูงกว่าผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ข้อค้นพบนี้มีนัยสำคัญเชิงนโยบายเนื่องจากผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านซึ่งมีส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 61.8) กลับมีความเข้าใจน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม การที่ผู้นำชุมชนเพียงร้อยละ 49.2 ที่เคยได้รับการอบรมสะท้อนข้อจำกัดด้านการเข้าถึงโอกาสการพัฒนาความรู้ที่ไม่เท่าเทียมกัน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นเร่งด่วนในการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านซึ่งเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนงาน รูปแบบการอบรมควรเน้นทั้งทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ รวมถึงการสร้างระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศงานเพื่อพัฒนาความเข้าใจเชิงปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้นำชุมชนทุกคนมีความพร้อมในการเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบำบัดรักษายาเสพติดแบบชุมชนเป็นฐานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ช่องว่างระหว่างทัศนคติเชิงบวกกับความพร้อมในการปฏิบัติงาน

ผลการวิจัยพบปรากฏการณ์ที่น่าสนใจคือผู้นำชุมชนรับรู้ความสำคัญของบทบาทในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.21$) และมีทัศนคติเชิงบวกในระดับมาก ($\bar{x} = 3.96$) แต่มีความพร้อมปฏิบัติงานเพียงระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30$) ช่องว่างนี้อธิบายได้ด้วยแนวคิด "Intention-Behavior Gap" ของ Sheeran และ Webb (2016) ที่ชี้ว่าทัศนคติเชิงบวกไม่ได้นำไปสู่พฤติกรรมเสมอไป โดยมีปัจจัยอื่นเป็นตัวกลาง เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) การวิเคราะห์เชิงลึกพบว่าช่องว่างนี้เกิดจาก 3 กลไก ได้แก่ (1) บรรทัดฐานทางสังคมสร้างการตระหนักรู้แต่ไม่ได้สร้างความสามารถ (2) การขาดการอบรม (ร้อยละ 50.8

ไม่เคยอบรม) ส่งผลต่อ Self-Efficacy ตามทฤษฎี Social Cognitive Theory ของ Bandura (1986) และ (3) ความซับซ้อนของปัญหาในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Kelly และคณะ (2017) ในออสเตรเลียที่พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงบวกต่อขาดความมั่นใจและทักษะ และ van Boekel และคณะ (2013) ในเนเธอร์แลนด์ที่พบว่ากรอบที่เน้นทั้งความรู้และทักษะปฏิบัติสามารถลดช่องว่างนี้ได้ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen (1991) ยืนยันว่าการมีทัศนคติเชิงบวกไม่เพียงพอ แต่ต้องมีการรับรู้การควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) ด้วย ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพจึงควรเน้นการเสริมสร้างความรู้เชิงปฏิบัติและความมั่นใจผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ

3. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ผลการวิจัยพบว่าปัญหาด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและทัศนคติเชิงลบต่อผู้เข้าเสพติดเป็นอุปสรรคที่รุนแรงที่สุด ($\bar{x} = 4.05$) โดยเฉพาะทัศนคติเชิงลบของคนในชุมชน ($\bar{x} = 4.32$) และครอบครัวไม่กล้าเปิดเผยข้อมูล ($\bar{x} = 4.24$) สอดคล้องกับ Livingston และคณะ (2012) ที่พบว่า การตีตรา (Stigma) เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบำบัดยาเสพติดทั่วโลก รายงานของ UNODC (2020) ระบุว่า การตีตราในสังคมเอเชียมีรุนแรงกว่าตะวันตก เนื่องจากวัฒนธรรมที่เน้นครอบครัวและชื่อเสียง ทำให้ครอบครัวปกปิดข้อมูลแทนที่จะขอความช่วยเหลือ บริบทนี้สอดคล้องกับอำเภอจอมทองซึ่งเป็นชุมชนชนบทที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมแน่นแฟ้น Corrigan และคณะ (2017) เสนอ กรอบแนวคิดการตีตรา 3 ระดับ ได้แก่ การตีตราจากสาธารณะ การตีตราตนเอง และการตีตราเชิงโครงสร้าง ซึ่งในกรณีอำเภอจอมทอง การตีตราจากสาธารณะมีความรุนแรงสูง นอกจากนี้ ความเชื่อว่าผู้เข้าเสพติดรักษาไม่หาย ($\bar{x} = 4.15$) สะท้อนการ

ขาดความเข้าใจว่าการติดยาเสพติดเป็นปัญหาสุขภาพที่รักษาได้ McGinty และคณะ (2015) พบว่าการให้ความรู้เรื่องนี้สามารถลดการตีตราได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ Stuart (2016) แนะนำว่ากลยุทธ์การติดต่อสัมผัส (Contact-Based Strategy) โดยให้ชุมชนพบปะผู้ที่ผ่านการบำบัดสำเร็จ มีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว

4. ปัจจัยเชิงบริบทที่มีผลต่อการดำเนินงาน CBTx ในพื้นที่อำเภอจอมทอง

อำเภอจอมทองมีลักษณะเฉพาะที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน CBTx ได้แก่ ภูมิประเทศที่เป็นภูเขาสูงและความหลากหลายทางวัฒนธรรมจากกลุ่มชาติพันธุ์หลายกลุ่ม ข้อเสนอแนะจากผู้นำชุมชนสะท้อนความท้าทายเหล่านี้ โดยเฉพาะการขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง ปัญหาการขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน และการย้ายถิ่นฐานบ่อยของผู้เข้าเสพติด Ghose และคณะ (2013) พบปัญหาล้ำก้นในพื้นที่ชนบทของอินเดีย และเสนอว่าการใช้เทคโนโลยีสื่อสารทางไกล (Telemedicine) สามารถช่วยแก้ไขปัญหการเข้าถึงบริการได้ ความหลากหลายทางวัฒนธรรมยังส่งผลต่อการดำเนินงาน โดยเฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีภาษาและความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน Jirapramukpitak และคณะ (2021) พบว่าการปรับแนวทางบำบัดให้สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมมีความสำคัญต่อความสำเร็จ การพัฒนาผู้นำชุมชนจึงควรคำนึงถึงความหลากหลายนี้และพัฒนาทักษะการทำงานกับกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผล ประการแรก การออกแบบการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional Design) ทำให้ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรือติดตามการเปลี่ยนแปลงของความเข้าใจและมุมมองในระยะยาวได้ ประการที่สอง การใช้ข้อมูลที่รายงานด้วยตนเอง

(Self-reported Data) อาจเกิดอคติจากการจำ (Recall Bias) และอคติจากความปรารถนาทางสังคม (Social Desirability Bias) โดยเฉพาะในส่วนของการทัศนคติและมุมมอง ผู้ตอบแบบสอบถามอาจตอบในแนวทางที่คิดว่าเป็นที่ยอมรับทางสังคมมากกว่าความรู้สึกที่แท้จริง ประการที่สาม การศึกษาดำเนินการเฉพาะในพื้นที่อำเภอจอมทองซึ่งมีบริบทเฉพาะ การนำผลการวิจัยไปใช้ในพื้นที่อื่นควรพิจารณาความแตกต่างของบริบทประกอบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรกำหนดให้การอบรมผู้นำชุมชนเกี่ยวกับ CBTx เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาบุคลากรประจำปีของกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดเป้าหมายให้ผู้นำชุมชนทุกคนได้รับการอบรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ ควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน CBTx ในระดับตำบลอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง รวมถึงค่าตอบแทนหรือแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งควรพัฒนาระบบการประสานงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ปกครอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยกำหนดบทบาทหน้าที่และช่องทางการสื่อสาร ที่ชัดเจน

ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน ควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) และการฝึกปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในเรื่องขั้นตอนและกระบวนการบำบัด การจำแนกระดับผู้ใช้ยาเสพติด (ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด) และการติดตามดูแลหลังการบำบัด นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลุ่มผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งมีสัดส่วนมากที่สุดแต่มีความเข้าใจน้อยที่สุด รวมถึงผู้นำชุมชนที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา โดยออกแบบสื่อและกิจกรรมการเรียนรู้ที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับระดับการศึกษา

ด้านการสร้างการยอมรับในชุมชน ควรมีการรณรงค์เปลี่ยนทัศนคติของชุมชนต่อผู้ใช้ยาเสพติด โดยใช้สื่อท้องถิ่นและกิจกรรมชุมชน เช่น การจัดเวทีประชาคม การใช้หอกระจายข่าว และการนำเสนอกรณีตัวอย่างความสำเร็จจากผู้ผ่านการบำบัด ควรสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติของการติดยาเสพติดในฐานะปัญหาสุขภาพที่สามารถรักษาได้ เพื่อลดความเชื่อว่าผู้ใช้ยาเสพติดรักษาไม่หาย นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชนเห็นความสำคัญของการเปิดเผยข้อมูลและการสนับสนุนผู้ใช้ยาเสพติดในการเข้าสู่กระบวนการบำบัด โดยสร้างความมั่นใจเรื่องการรักษา ความลับและการปกป้องจากการตีตรา

ด้านการเสริมสร้างระบบสนับสนุน จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงาน รวมถึงการสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน พัฒนาระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงาน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและมีการประชุมติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ และพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานเพื่อให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะด้านการออกแบบการวิจัย:

ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชนด้วยรูปแบบการอบรมที่หลากหลาย โดยเปรียบเทียบระหว่างการอบรมแบบบรรยาย การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เพื่อหารูปแบบที่มีประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ควรศึกษาติดตามระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของความเข้าใจ มุมมอง และการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนภายหลังได้รับการพัฒนาศักยภาพ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง

2. ข้อเสนอแนะด้านระเบียบวิธีวิจัย: ควรใช้ การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ที่เพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับประสบการณ์ ความท้าทาย และปัจจัยสนับสนุนของผู้นำชุมชนในการดำเนินงาน CBTx นอกจากนี้ควรพัฒนาเครื่องมือวัดความพร้อมในการปฏิบัติงาน CBTx ที่มีความจำเพาะและครอบคลุมมากขึ้น รวมถึงการวัดทักษะเชิงปฏิบัติและสมรรถนะที่จำเป็น

3. ข้อเสนอแนะด้านขอบเขตการวิจัย: ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่ชนบทพื้นราบ และพื้นที่ชายแดนอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบผลและพัฒนาข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรศึกษามุมมองและประสบการณ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติดที่ผ่านการบำบัด ครอบครัว ผู้ใช้ยาเสพติด บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนในชุมชน เพื่อให้ได้ภาพที่ครบถ้วนของระบบ CBTx

4. ข้อเสนอแนะด้านประเด็นการวิจัยเฉพาะ: ควรศึกษาเชิงลึก เกี่ยวกับกลไกของการติดยาและวิธีการ ลดการติดยาที่มีประสิทธิภาพในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลยุทธ์ต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การใช้สื่อ และการติดต่อสัมผัสกับผู้ผ่านการบำบัดสำเร็จ นอกจากนี้ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน CBTx ในระดับชุมชน เพื่อพัฒนาตัวแบบการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายอำเภอจอมทอง สาธารณสุขอำเภอจอมทอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้อนุเคราะห์อนุญาตและให้ความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบพระคุณ ผู้นำชุมชนทุก

ท่านในพื้นที่อำเภอจอมทอง ทุกท่าน ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้รับถือเป็นหัวใจสำคัญของงานวิจัยและจะนำไปสู่การพัฒนางานบำบัดรักษายาเสพติดในชุมชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการ 65/2568 เมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2568 โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทําวิจัย และสิทธิการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และทำการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2): 179-211.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice-Hall.
- Best, J. W. (1981). *Research in education (4th ed.)*. Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Chomthong District Community Development Office. (2024). *History*. [Online]. Retrieved July 15, 2025 from <https://chiangmai.cdd.go.th/chomthong/about-us/history>.

- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2017). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. **Psychological Science in the Public Interest**, 15(2), 37-70.
- Ghose, T., Swendeman, D., George, S., & Chowdhury, D. (2013). Mobilizing collective identity to reduce HIV risk among sex workers in Sonagachi, India: The boundaries, consciousness, negotiation framework. **Social Science & Medicine**, 67(2), 311-320.
- Hfocus Online News Agency. (2024). **What is CBTx 'Community Based Treatment**. [Online]. Retrieved July 15, 2025 from <https://www.hfocus.org/content/2024/01/29597>
- Jirapramukpitak, T., Abas, M., Tangseree, T., Lewin, R., & Kongsakon, R. (2021). Culturally adapted cognitive behavioral therapy for Thai older adults with depression: A randomized controlled trial. **Asian Journal of Psychiatry**, 56, 102536.
- Kelly, P. J., Robinson, L. D., Baker, A. L., Deane, F. P., McKetin, R., Hudson, S., & Keane, C. (2017). Polysubstance use in treatment seekers who inject amphetamine: Drug use profiles, injecting practices and quality of life. **Addictive Behaviors**, 71, 25-30.
- Krejcie, RV., Morgan, DW. (1970). Determining sample size for research activities. **Educational and Psychological Measurement**, 30(3): 607-610.
- Kulansri, N., Wattanaprapajit, S., Chanhnan, S. (2022). Community-Based Treatment and Rehabilitation for Drug Users: A Case Study in a Village, Mueang District, Maha Sarakham Province. **Mahasarakham Hospital Journal**, 19(2): 50-63.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: **A systematic review**. **Addiction**, 107(1), 39-50.
- McGinty, E. E., Goldman, H. H., Pescosolido, B., & Barry, C. L. (2015). Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. **Social Science & Medicine**, 126, 73-85.
- Prachatai Independent Online Newspaper. (2024). **Drug Suppression Budget for Fiscal Year 2025: Over 130 Million Baht for 'Chiang Mai' to Become a Model Province**. [Online]. Retrieved July 15, 2025 from <https://prachatai.com/journal/2024/12/111587>
- Public Relations Department. (2025). **Drugs: A Danger That Society Must Share Responsibility**. [Online]. Retrieved July 20, 2025 from <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/>

- id/31/iid/369894
- Rosenberg, M.J., Hovland, C.I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. In C.I. Hovland & M. J. Rosenberg (Eds.), **Attitude organization and change: An analysis of consistency among attitude components** (pp. 1-14). New haven: Yale University Press.
- Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., Sridhar, D., & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, 370(9593), 1164-1174.
- Sheeran, P., & Webb, T. L. (2016). The intention-behavior gap. **Social and Personality Psychology Compass**, 10(9), 503-518.
- Stuart, H. (2016). Reducing the stigma of mental illness. **Global Mental Health**, 3, e17.
- Thabthimthong, Orawan. (2024). **Community Based Treatment Project: CBTx Fiscal Year 2024**. [Online]. Retrieved July 20, 2025 from <https://localfund.happy network.org/project/184173>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). **World drug report 2020**. United Nations Publications.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. **Drug and Alcohol Dependence**, 131(1-2), 23-35.
- Wikipedia. (2024). **Chom Thong District**. [Online]. Retrieved July 20, 2025, from <https://th.wikipedia.org/wiki/อำเภอจอมทอง>
- Working Group on Thai Health Report. (2024). **Thai Health Report 2024. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research**, Mahidol University.
- World Health Organization. (2021). **Guidance on community-based management of substance use disorders in the South-East Asia Region**. WHO Regional Office for South-East Asia.

โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วย
โรคเบาหวาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

Effectiveness of a Participatory Quality of Life Development Program on
Knowledge and Practices in Diabetes Care Among Village Health Volunteers
in Omkoi District, Chiang Mai Province

ชัยรัตน์ เรืองฤทธิ์ Chairat Ruangrit*

Received: Jan 05, 2026 | Revised: Jan 12, 2026 | Accepted: Feb 04, 2026

บทคัดย่อ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีลักษณะเด่นคือระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) อย่างต่อเนื่อง จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข “คนไทยห่างไกล NCDs” ซึ่งได้มีการผลักดันโดยใช้แนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กลไกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการลดการเกิดโรคเบาหวานและสร้างความรอบรู้ให้แก่ อสม. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน โดยทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและทำกิจกรรม ประเมินผลจากการวัดผลการศึกษา ก่อนและหลังทำกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ pair T-test

จากผลการศึกษาพบว่า หลังอาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของ อสม. อาสาสมัครมีระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \text{ value} < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมกิจกรรมที่ 8 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่ออาสาสมัครได้รับความรู้พร้อมให้มีการออกแบบแผนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลให้ภายหลังจากเสร็จกิจกรรมอาสาสมัครมีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถจัดการสภาวะสุขภาพของโรคเบาหวานได้ดีและสามารถส่งต่อความรู้ไปยังคนในชุมชน ทำให้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนลดลงได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต, อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน, โรคเบาหวาน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สาธารณสุขอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ / Email : albaicasaint007@gmail.com

* Public Health Technical Officer, Professional Level, Phrao District Public Health Office, Chiang Mai. / Email : albaicasaint007@gmail.com

Abstract

Diabetes mellitus is one of the major non-communicable diseases (NCDs) and is characterized by persistent hyperglycemia. In accordance with the policy of the Ministry of Public Health, “Thais Free from NCDs,” which emphasizes health behavior promotion through the mechanism of village health volunteers (VHVs), the researcher recognized the importance of reducing the incidence of diabetes and enhancing health literacy among VHVs.

This study employed a quasi-experimental research design with the objective of examining the effectiveness of a participatory quality-of-life development program on knowledge and self-care practices in diabetes patient care among village health volunteers in Omkoi District, Chiang Mai Province. A total of 40 VHVs participated in the study over a 12-week period. Data were collected using structured questionnaires and activity-based assessments. Outcomes were evaluated through pre- and post-intervention measurements following participation in five program activities. Data were analyzed using paired t-test statistics.

The results revealed that after participating in the participatory quality-of-life development program, the VHVs demonstrated a statistically significant increase in quality-of-life scores ($p < 0.05$) when comparing outcomes at 8 weeks and 12 weeks post-intervention. The findings indicate that providing VHVs with appropriate knowledge and enabling them to design personalized health care plans enhanced their knowledge and ability to manage diabetes-related health conditions effectively. Furthermore, VHVs were able to disseminate this knowledge to community members, contributing to a sustainable reduction in the number of diabetes patients within the community.

Keywords: Quality of Life Development Program, Village Health Volunteers, Diabetes mellitus

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือที่เรียกว่าโรค NCDs ซึ่งโรคเบาหวานคือกลุ่มของโรคเมตาบอลิกที่มีลักษณะเด่นคือระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่างร่วมกัน ซึ่งอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจากสถิติพบว่าในปี พ.ศ.2568 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานรวม 6.5 ล้านคน ซึ่งสูงขึ้นกว่าปี 2565 ที่มีผู้ป่วยเพียง 5.3 ล้านคน พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3,000-5,000 ราย อยู่ในช่วงอายุ 20-79 ปี และจากข้อมูลการ

รายงานในระบบ HDC ของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีผู้ป่วยเบาหวานสะสม 1,173,811 คน โดยอำเภออมก๋อยจัดอยู่ในลำดับที่ 8 จาก 25 อำเภอ โดยมีผู้ป่วยสะสม 52,323 คน (Chiang Mai Provincial Health Data Center, 2025)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดเป็นสถานบริการภาครัฐที่มีความใกล้ชิดและเข้าถึงประชาชนมากที่สุด เป็นหน่วยงานที่นอกจากจะให้บริการด้านการตรวจรักษาโรค หรือบริการทางการแพทย์แก่ประชาชนแล้ว ก็ยังมีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน รวมถึงส่งเสริมสนับสนุนให้

ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ (Department of Health Service Support, 2023) ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานจัดอยู่ในกลุ่มของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ นอกจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้ดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานแล้วนั้น ก็ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านดังกล่าวร่วมกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขด้วยเช่นกัน ซึ่ง อสม. หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หรือบทบาท 6 ประการของ อสม. คือ แก่ข้าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงาน สาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี (Department of Health Service Support, Ministry of Public Health, 2011)

อำเภออมก๋อยเป็นอำเภอหนึ่งใน 25 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งอยู่ทางใต้สุดของจังหวัด มีอาณาเขตติดกับจังหวัดแม่ฮ่องสอน และตาก (Chiang Mai Provincial Office, 2023) อำเภออมก๋อยแบ่งออกเป็น 6 ตำบล 95 หมู่บ้าน มีจำนวน อสม. บัญชี 1 จำนวน 1,387 คน ดูแลทั้งหมด 19,368 หลังคาเรือน จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า “คนไทยห่างไกล NCDs” ซึ่งได้มีการผลักดันโดยใช้แนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น กินแบบนับ

คาร์บ ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หนึ่งในบุคคลสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว นั่นคือ อสม. ถือเป็นกลไกหลักในการเผยแพร่ความรู้ “นับคาร์บ” ไปสู่ประชาชน โดยผ่านแอป สมาร์ท อสม. แต่ทั้งนี้พบว่าการนับคาร์บจะช่วยลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคเบาหวานได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น เนื่องจากอสม. และประชาชนยังไม่เข้าใจถึงความรู้ในการรักษาโรคเบาหวาน หรือการดูแลป้องกันตนเองโดยแท้จริง บางคนอาจจะเข้าใจเพียงเบื้องต้นว่าลดกินหวาน ก็อาจจะช่วยลดการเกิดโรคเบาหวานได้ แต่จริงๆ แล้วการจะลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานนั้น อาจไม่จำเป็นต้องลดอาหารเพียงแต่บางคนอาจต้องเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้นก็สามารถที่จะลดการเกิดโรคเบาหวานอย่างยั่งยืนได้ ซึ่งในส่วนนี้ผู้วิจัยพบว่ายังคงเป็นช่องว่างของการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนให้ห่างไกลโรคเบาหวาน ซึ่งการศึกษาผลของโปรแกรมในครั้งนี้หากผลการศึกษาเป็นไปในเชิงบวก ก็จะช่วยส่งเสริมกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแบบปฐมภูมิโดยใช้กลไก อสม. เพิ่มขึ้นอีกด้านหนึ่ง

จากนโยบายและปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในการช่วยประชาชนลดการเป็นโรคเบาหวานและสร้างความรอบรู้ให้แก่ อสม. เพื่อให้อสม. ได้ส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้องรวมถึงเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของ อำเภออมก๋อย จ.เชียงใหม่ เพื่อจะได้พัฒนาไปสู่โปรแกรมการดูแลสุขภาพต้นแบบในอนาคตให้กับพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

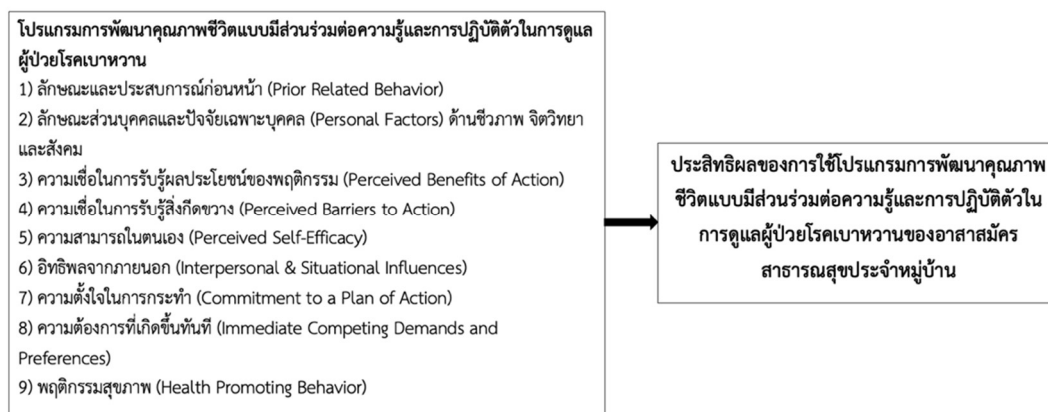
การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยได้อาศัยแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังหัวข้อต่อไปนี้

1. การสาธารณสุขมูลฐาน
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข
4. โรคเบาหวาน
5. นโยบาย NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม.
6. ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
7. ทฤษฎีคุณภาพชีวิต

ซึ่งภายใต้กรอบแนวคิดและทฤษฎี ดังรูป



ซึ่งงานวิจัยเรื่องโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่ง อสม. ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะผ่านกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลผู้ป่วยซึ่งช่วยให้ อสม. มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุอาการ ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลผู้ป่วยเบาหวานผ่านทักษะการฝึกเชิงปฏิบัติ เช่น การแนะนำการควบคุมอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกาย และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างอสม. และทีมสุขภาพ ซึ่งเปิดโอกาสให้อสม. ได้แสดงความคิดเห็น ชักถาม และเรียนรู้จากประสบการณ์จริง กิจกรรมเหล่านี้ช่วยให้ อสม. เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการถ่ายทอดความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ อสม. มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ เกิดการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น

วิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่ อ ศี ก ษ า ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและทำกิจกรรม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ pair T-test

ประชากรในการศึกษา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างผ่านโปรแกรม G-power โดยใช้ Effect size = 0.5 Power = 0.9 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน ซึ่งในการศึกษานี้จะมีการทดลองโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ อาจจะมีกลุ่มตัวอย่างสูญหายระหว่างทาง จึงป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างไว้ 10% ได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 40 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

- 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออมก๋อย บัญชี 1 ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และปฏิบัติงานมาไม่น้อยกว่า 1 ปี

- 2) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้และมีเกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ตอบแบบสอบถาม รู้สึกอึดอัดใจ คับข้องใจ ไม่อยากตอบแบบสอบถามสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ทันที

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเองในลักษณะของโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และ

ชุดกิจกรรม Pre-DM จากสถาบันพัฒนาระบบบริการสุขภาพองค์กรร่วม ซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรมการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน กิจกรรมการสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน กิจกรรมสร้างความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และกิจกรรมสรุปผลการเรียนรู้รวบยอด รายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามกิจกรรมสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบบสอบถามฉบับนี้จะมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ โดยข้อ 1 – 11 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปรวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ และในข้อที่ 12 จะเป็นข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความคาดหวังในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้

2. แบบสอบถามกิจกรรมประเมินความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน โดยแบบสอบถามฉบับนี้ได้พัฒนาขึ้นจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2566

3. แบบสอบถามกิจกรรมลดความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน แบบสอบถามฉบับนี้มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ซึ่งข้อคำถามจะเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของแต่ละบุคคลและแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่อาสาสมัครได้ทำการออกแบบของตนเองไม่ว่าจะเป็นด้านการเคลื่อนไหวหรือการรับประทานอาหารรวมถึงความตั้งใจในการทำตามแผนซึ่งจะมีรูปยิ้ม 5 ระดับแสดงในแบบสอบถาม

4. แบบสอบถามกิจกรรมการประเมินคุณภาพชีวิต ที่ได้ปรับปรุงขึ้นจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชื่อย่อ ฉบับภาษาไทย เพื่อให้ง่ายต่อการใช้ในอาสาสมัครและลดระยะเวลาในการอ่านแบบสอบถาม ซึ่งหลังจากที่อาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเวลา 8 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์แล้ว จะต้องตอบแบบสอบถามการประเมิน

คุณภาพชีวิต ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 27 ข้อ มีค่าคะแนน 5 ระดับ

แบบสอบถามทั้งหมดมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC : Index of item objective congruence โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยมีการพิจารณาข้อคำถามดังนี้

ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

โดยเกณฑ์การพิจารณาระดับดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามที่ได้จากการคำนวณจากสูตรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.00 – 1.00 ทั้งนี้แบบสอบถามการวิจัยนี้มีค่า IOC ดังนี้

แบบสอบถามกิจกรรมสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

แบบสอบถามกิจกรรมประเมินความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

แบบสอบถามกิจกรรมลดความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

แบบสอบถามกิจกรรมการประเมินคุณภาพชีวิต มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

นอกจากนี้สำหรับแบบสอบถามในกิจกรรมการประเมินคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม โดยทำการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ใน อสม. ทั่วไปจำนวน 10 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอยู่ที่ 0.904 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (>0.70 ขึ้นไป)

ในการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้น จะทำการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสาธารณสุขจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้แก่ อสม. และดำเนินกิจกรรมในห้องประชุมของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย โดยสามารถแบ่งการจัดกิจกรรมออกเป็น 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ

ผู้วิจัยจะทำการแจกแบบสอบถามเพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI การประกอบอาชีพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมถึงความคาดหวังในการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมครั้งนี้เป็นกิจกรรมในการทำความรู้จักตัวเอง โดยจะใช้เวลาในสัปดาห์ที่ 1 ประมาณ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมประเมินความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน

เป็นกิจกรรมการประเมินความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยใช้แบบประเมินตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566) และผู้วิจัยจะทำการแจกคู่มือในการคัดกรองเบาหวานเบื้องต้นด้วยเครื่องเจาะน้ำตาล DTX และให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการเก็บเลือดที่ถูกต้องรวมถึงสอนวิธีการอ่านผลทางห้องปฏิบัติการ โดยก่อนทำการสอนจะทำการวัดระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมจะทำการประเมินผลหลังการให้ความรู้ โดยจะใช้เวลาในสัปดาห์ที่ 2 ประมาณ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

โดยผู้วิจัยจะทำการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน สาเหตุการเกิด อาการที่เกิดขึ้น ภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักรู้ และมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง วัตถุประสงค์โดยใช้แบบประเมินความรู้ก่อน-หลัง

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมสร้างความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และกิจกรรมลดความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน

โดยการจัดกิจกรรมครั้งนี้จะสอดคล้องกับกิจกรรมที่ 3 โดยกิจกรรมนี้จะให้อาสาสมัครผู้เข้าร่วมคำนวณอัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายเป็นรายบุคคล รวมถึงคำนวณพลังงานและคาร์บที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน และออกแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพทั้งการเคลื่อนไหวและการรับประทานอาหาร เพื่อที่ในอนาคตอาสาสมัครสามารถให้ความรู้แก่คนในชุมชนต่อไปได้ สำหรับการวัดผลในกิจกรรมนี้จะใช้แบบประเมินความรู้ก่อน-หลัง รวมถึงระดับความตั้งใจในการทำตามแผนโดยใช้ระดับคะแนน 1 – 5 คือ 1 คือไม่ทำ และ 5 คือ จะตั้งใจทำมากที่สุด และให้มีการนำเสนอผลของพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งจะใช้เวลาในสัปดาห์ที่ 4 ประมาณ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นกิจกรรมในระยะติดตามผล โดยจะทำการติดตามผล 2 ครั้ง ได้แก่ หลังจากที่คุณวิจัยให้ความรู้ไปแล้วเป็นระยะ 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ โดยจะให้อาสาสมัครกลับมาให้ข้อมูลสะท้อนกลับของการกลับไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและทำการประเมินผลโดยใช้แบบทดสอบความรู้รอบตัว ข้อมูลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลหลังจากเข้าโปรแกรมและแบบประเมินคุณภาพชีวิต (เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุ่ยย่อ ฉบับภาษาไทย)

หลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยจะสอดคล้องกับกิจกรรมที่ 1-4 เพื่อประเมินความรู้ที่คงทนของกลุ่มอาสาสมัคร รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการปฏิเสธสิ่งเร้าให้การทำตามเป้าหมายล้มเหลว

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จแล้ว นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา อธิบายในรูปแบบของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผล โดยใช้สถิติ pair T-test เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังทำการศึกษา

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาในส่วนของข้อมูลทั่วไปพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ย 42.43 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 92.50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และ มัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 45 เท่ากัน ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 70 อาสาสมัครวิจัยครั้งนี้มีน้ำหนักเฉลี่ย 63.70 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 154.40 เซนติเมตร มีค่าดัชนีมวลกาย หรือค่า BMI เฉลี่ย 26.12 มีรอบเอวโดยเฉลี่ย 88.08 เซนติเมตร มีค่ารอบเอวต่อความสูงเฉลี่ยที่ 0.56 และมีค่าการเผาผลาญพลังงานในแต่ละวัน

หรือ BMR เฉลี่ยในผู้ชายอยู่ที่ 1378.61 กิโลแคลอรี และผู้หญิงเฉลี่ยอยู่ที่ 1370.15 กิโลแคลอรีและ อาสาสมัครทุกท่านมีความคาดหวังที่จะลดอัตราการ เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งข้อมูลผลการศึกษสามารถแสดง ได้ดัง

ตารางที่ 1 สำหรับคนที่ยังไม่เป็นก๊วยกางวางแผน พฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ตนเองและคนในครอบครัวไม่

เป็นโรคเบาหวานในอนาคต ส่วนคนที่เป็นอย่างแล้วก็วางแผน ที่จะลดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดการใช้ยาแผน ปัจจุบัน และนำความรู้ ที่ได้ในครั้งนี้ส่งต่อให้กับคนใน ชุมชนเพื่อให้อำเภอมก้อยเป็นอำเภอที่มีผู้ป่วย เบาหวานน้อยที่สุดสามารถลดอัตราการเกิด โรคเบาหวานได้

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผลการศึกษากิจกรรมสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ

รายละเอียด	จำนวน (คน) (N=40)	คิดเป็นร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
เพศ				
ชาย	8	20.00		0.41
หญิง	32	80.00		
อายุ			42.43	6.37
สถานภาพ				
โสด	1	2.50		
สมรส	37	92.50		
หม้าย	1	2.50		0.58
หย่า	1	2.50		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	18	45.00		0.73
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	45.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	2.50		
ปวช./ปวส.	3	7.50		
อาชีพหลัก				
เกษตรกร	28	70.00		
ค้าขาย	2	5.00		
รับจ้าง	8	20.00		1.05
แม่บ้าน	1	2.50		
ว่างงาน	1	2.50		
สถานะสุขภาพ				
น้ำหนัก			63.70	12.32
ส่วนสูง			154.40	14.17

รายละเอียด	จำนวน (คน) (N=40)	คิดเป็นร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
BMI			26.12	4.69
ขนาดรอบเอว (CM)			88.08	14.00
รอบเอวต่อความสูง			0.56	0.09
BMR				
ผู้หญิง			1,370.15	154.07
ผู้ชาย			1,378.61	155.71
ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง				
มีประวัติ	13	32.50		0.47
ไม่มีประวัติ	27	67.50		
ระดับน้ำตาลในเลือด			93.93	9.81
หลังอาหาร (FPG)				
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร				
ของทอด	3	7.50		
ของมัน	4	10.00		
อาหารรสจัด	7	17.50		
อาหารรสหวาน	6	15.00		1.69
อาหารรสเค็ม	5	12.50		
ชอบกินมากกว่า 2 ข้อ ขึ้นไป	15	37.50		
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
ไม่ออกกำลังกาย	28	70.00		0.46
ออกกำลังกาย	12	30.00		
กิจกรรมการเคลื่อนไหวอื่น ๆ				
ทำอาหาร	2	5.00		
ทำความสะอาดบ้าน	2	5.00		
ล้างห้องน้ำ	1	2.50		
ซักผ้าด้วยมือ	1	2.50		1.42
ปลูกต้นไม้/ทำสวน	8	20.00		
มากกว่า 2 กิจกรรม	26	65.00		

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมประเมินความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน จากผลการศึกษาพบว่าพบว่า

มีอาสาสมัครจำนวน 12 คน มีระดับความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับน้อย อาสาสมัครจำนวน

16 คน มีระดับความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับน้อย-ปานกลาง มีอาสาสมัครจำนวน 8 คน มีระดับความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง-สูง และมีอาสาสมัครจำนวน 4 คน มีระดับความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้ถือเป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดกรองภาวะสุขภาพในการที่จะเกิดโรคเบาหวานในอนาคต

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมการสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จากข้อคำถามที่ 1 โรคเบาหวานมี 2 ชนิด ซึ่งคะแนนเฉลี่ยหลังเริ่มกิจกรรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มกิจกรรมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.21 และ 2.54 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ 2 อายุที่มากขึ้นคือปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยหลังเริ่มกิจกรรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มกิจกรรมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 และ 3.33 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ 3 หากผู้ป่วย

โรคเบาหวานเป็นแผลแผลมักจะหายเร็ว มีคะแนนเฉลี่ยหลังเริ่มกิจกรรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มกิจกรรมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 และ 1.25 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ 4 ระดับน้ำตาลในเลือด = 120 mg/dL ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยหลังเริ่มกิจกรรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มกิจกรรมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 และ 2.67 ตามลำดับ และข้อคำถามข้อที่ 5 การดื่มแอลกอฮอล์คือปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยหลังเริ่มกิจกรรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มกิจกรรมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 และ 3.89 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจากข้อคำถาม 5 ข้อ อาสาสมัครมีระดับคะแนนที่เพิ่มขึ้นทุกข้อหลังจากทำกิจกรรมให้ความรู้และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถแสดงผลการศึกษาได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของอาสาสมัครในการตอบคำถามก่อนได้รับความรู้และหลังได้รับความรู้

ข้อ	คำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน
		ก่อนเริ่มกิจกรรม	เบี่ยงเบนมาตรฐาน	หลังเสร็จกิจกรรม	มาตรฐาน
1	โรคเบาหวานมี 2 ชนิด	2.54	0.69	3.21*	0.12
2	อายุที่มากขึ้นคือปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน	3.33	1.23	4.05*	0.45
3	หากผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นแผลมักจะหายเร็ว	1.25	1.67	3.33*	1.56
4	ระดับน้ำตาลในเลือด = 120 mg/dL ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน	2.67	2.33	4.67*	1.49
5	การดื่มแอลกอฮอล์คือปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น	3.89	0.43	4.00	0.34

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และกิจกรรมลดความเสี่ยงในการเป็นโรคเบาหวาน พบว่า ข้อคำถามที่ 1 หากมีผลระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง (100–125 mg/dL) ให้ติดตามและแนะนำปรับพฤติกรรม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยหลังเริ่มกิจกรรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มกิจกรรมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 และ 2.34 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ 2 ยา Metformin คือยาในการรักษาโรคเบาหวาน มีคะแนนเฉลี่ยหลังเริ่มกิจกรรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มกิจกรรมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.47 และ 1.09 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ 3 หากมีญาติสายตรงเป็นเบาหวานไม่จำเป็นต้องคัดกรองทุกปี มีคะแนนเฉลี่ยหลังเริ่มกิจกรรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มกิจกรรม

กิจกรรมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 และ 3.45 ตามลำดับ ข้อคำถามที่ 4 ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน มัน เค็ม มีคะแนนเฉลี่ยหลังเริ่มกิจกรรมสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มกิจกรรมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.23 และ 4.02 ตามลำดับ และข้อคำถามข้อที่ 5 การแบ่งอาหารแบบ Plate model คือการกินข้าวครึ่งส่วน ผักครึ่งส่วน มีคะแนนเฉลี่ยก่อนเริ่มกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนเฉลี่ยหลังเสร็จกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.55 และ 1.66 ตามลำดับ ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าจากข้อคำถาม 5 ข้อ อาสาสมัครมีระดับคะแนนที่เพิ่มขึ้นทุกข้อหลังจากทำกิจกรรมสร้างความรู้เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสามารถแสดงผลการศึกษาได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยของอาสาสมัครทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างความรอบรู้

ข้อ	คำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วน	คะแนนเฉลี่ย	ส่วน
		ก่อนเริ่ม กิจกรรม	เบี่ยงเบน มาตรฐาน	หลังเสร็จ กิจกรรม	เบี่ยงเบน มาตรฐาน
1	หากมีผลระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ เสี่ยง (100–125 mg/dL) ให้ติดตามและ แนะนำปรับพฤติกรรม	2.34	2.34	3.22*	1.66
2	ยา Metformin คือยาในการรักษา โรคเบาหวาน	1.09	0.89	3.47*	2.56
3	หากมีญาติสายตรงเป็นเบาหวานไม่ จำเป็นต้องคัดกรองทุกปี	3.45	0.35	3.87	0.78
4	ผู้ป่วยเบาหวานควรหลีกเลี่ยงอาหารรส หวาน มัน เค็ม	4.02	0.89	4.23	0.67
5	การแบ่งอาหารแบบ Plate model คือการ กินข้าวครึ่งส่วน ผักครึ่งส่วน	1.66	2.67	2.55*	2.22
	ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนความตั้งใจ	2.67	1.09	4.39*	0.90

* p-value < 0.05

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นกิจกรรมในระยะติดตามผล โดยจะทำการติดตามผล 2 ครั้ง ได้แก่ หลังจากที่ได้วิจัยให้ความรู้ไปแล้วเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ พบว่าข้อคำถามทั้ง 27 ข้อของสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และทุกข้อคำถามมีคะแนนเพิ่มขึ้น ซึ่งข้อคำถามที่มีผลต่างมากที่สุด 5 อันดับแรกของการเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ได้แก่ ท่านพอใจกับพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบันของท่านมากน้อยเพียงใด, ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมท่านมีความรู้สึกอย่างไร, ท่านมีสมาธิในการทำงานดีเพียงใด, ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด, และท่านมีกำลังใจเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันไหม (ทั้งเรื่องงานหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) โดยมีระดับคะแนน

ของผลต่างอยู่ที่ 1.31, 1.09, 1.05, 0.98 และ 0.92 ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าในกิจกรรมที่ 3 กิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 พบว่าอาสาสมัครมีระดับคะแนนจากการตอบแบบสอบถามเพิ่มขึ้นภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของชูสง่า สีสัน และ ธนกร ปัญญาไสโสภณ (Seesun, 2021) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลปักษ์ชัย โดยในการศึกษาวิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาประจำและต่อเนื่องจำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

ความรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 คน สำหรับเข้าร่วมกิจกรรมตามปกติของโรงพยาบาล โดยใช้เครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมความรอบรอบรู้ ด้านสุขภาพแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาวิจัยของอรุณ นุ่นละองและคณะ (Nunla-ong, 2024) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบซ.โมเดล ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ต.เที่ยงแท้ อ.สรนครบุรี จ.ชัยนาท โดยทำการศึกษาใน อสม. จำนวน 24 คน ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามและแบบประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบซ.โมเดล จากการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวคิด สบซ.โมเดล ก่อนและหลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบซ.โมเดล ของอสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด สบซ.โมเดล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้

จากการศึกษาวิจัยของ ธัญญรัตน์ ศุภการนเรศรัษฎ์ และ สรรปกรณ ศุภการนเรศรัษฎ์ (Suphakanaraseth, 2024) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาสมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลท่าจั่ว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน ดูผลก่อน-หลัง ใช้สถิติ pair t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะ

ด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หลังการได้รับโปรแกรมฯ มีสมรรถนะสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยมีคะแนนความรู้ก่อนได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉลี่ย 8.96 (SD. = 1.82) และหลังได้รับการพัฒนาสมรรถนะมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.53 (SD. = 1.40) พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของผู้วิจัยในครั้งนี้ ทั้งกิจกรรมที่ 3, 4 และ 5

จากการศึกษาวิจัยของสุชาดา สนวนุ่มและคณะ (Siitisart, 2024) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการคัดกรองโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยทำการศึกษาในอาสาสมัครจำนวน 50 คน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการคัดกรองโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการคัดกรองเบาหวาน อสม. มีคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติการคัดกรองโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของผู้วิจัยในครั้งนี้

และจากการศึกษาของเพ็ญบุญญา สัตยสมบุรณ์ และคณะ (Sathayasomboon, 2020) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 คน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง มีพฤติกรรมจัดการตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) อีกทั้งระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของ

กลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัตนารักษ์ และคณะ (Jerawatana, 2018) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาซับซ้อนโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงต่อผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย ซึ่งเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุระหว่าง 19 ถึง 87 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมเฉลี่ยลดลงจาก 11.43% เป็น 7.29% หลังสิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งจะเห็นได้ว่าจากตัวอย่างที่ได้ยกกรณีศึกษาของงานวิจัยมาอภิปรายผลเพื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าเมื่ออาสาสมัครได้รับความรู้หรือมีกิจกรรมสร้างความรอบรู้พร้อมให้มีการออกแบบแผนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลให้ภายหลังการเสร็จกิจกรรมอาสาสมัครมีความรู้เพิ่มมากขึ้น สามารถจัดการสภาวะสุขภาพของโรคเบาหวานได้ดีขึ้นแบบไม่เครียดจนเกินไป คุณภาพชีวิตก็จะดีขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยดังกล่าวยังสอดคล้องกับทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้บุคคลมีส่วนร่วมในการกระทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนเป็นนิสัย (Pender, 2015) เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมซึ่งวิเคราะห์ได้ดังนี้

1) ลักษณะและประสบการณ์ก่อนหน้า (Prior Related Behavior) ซึ่งพฤติกรรมในอดีตจะมีผลต่อพฤติกรรมในอนาคต จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขของอำเภออมก๋อย จำนวน 30 คน มีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ที่ 26.12 ซึ่งแปลผลได้ว่า อ้วนระดับ 1

2) ลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยเฉพาะบุคคล (Personal Factors) ซึ่งจากข้อมูลของอาสาสมัคร

ในกิจกรรมที่ 1 พบว่ามีอาสาสมัครที่ไม่ออกกำลังกายเลยมากถึงร้อยละ 70 แต่มีการออกกำลังกายวิธีอื่นแทน เช่น การทำอาหาร การปลูกต้นไม้ เป็นต้น

3) ความเชื่อในการรับรู้ผลประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) คือการรับรู้ว่าการกระทำนั้นจะส่งผลดีต่อสุขภาพ จากการทำกิจกรรมสร้างความรอบรู้ในกิจกรรมที่ 2-4 พบว่าอาสาสมัครตระหนักรู้มากขึ้นในการดูแลสุขภาพให้ห่างไกลโรคเบาหวาน

4) ความเชื่อในการรับรู้สิ่งกีดขวาง (Perceived Barriers to Action) ซึ่งเป็น อุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ จากการทำกิจกรรมสร้างความรอบรู้ในกิจกรรมที่ 2-4 และมองย้อนกลับไปกิจกรรมที่ 1 ในหัวข้อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของตนเอง พฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งบางข้อคืออุปสรรคหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ซึ่งอาสาสมัครมีความตระหนักรู้มากขึ้น

5) ความสามารถในตนเอง (Perceived Self-Efficacy) คือความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ จากกิจกรรมที่ 4 ในแบบสอบถาม จะมีข้อความสุดท้ายให้อาสาสมัครตอบค่าคะแนนในการตั้งใจปรับเปลี่ยนแผนพฤติกรรมสุขภาพพบว่าหลังเสร็จกิจกรรมค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนมีค่าเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6) อิทธิพลจากภายนอก (Interpersonal & Situational Influences) เช่น คำแนะนำจากครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรสาธารณสุข จากการทำกิจกรรมที่ 1-5 โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้จัดกิจกรรมให้กับอาสาสมัครด้วยตัวเองพบว่าในการทำกิจกรรมครั้งนี้อาสาสมัครให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี โดยที่ระดับคะแนนของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8

7) ความตั้งใจในการกระทำ (Commitment to a Plan of Action) คือความมุ่งมั่นและแผนในการลงมือปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การกระทำในข้อนี้มีความสัมพันธ์กับข้อ 5) ที่ว่า ความสามารถในตนเอง (Perceived Self-Efficacy) และสัมพันธ์กับผลของกิจกรรมที่ 4

8) ความต้องการที่เกิดขึ้นทันที (Immediate Competing Demands and Preferences) คือ สิ่งที่เป็นเบี่ยงเบนหรือรบกวนการทำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ภาระงาน สำหรับปัญหาหรืออุปสรรคที่ได้จากแบบสอบถามในกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกว่าร้อยละ 70 อาสาสมัครมีอาชีพเป็นเกษตรกร บางครั้งอาจทำไม่ได้ตามแผนสุขภาพ แต่อาสาสมัครก็มีความตระหนักรู้มากขึ้น

9) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) เป้าหมายปลายทางของทฤษฎี คือการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน จากกิจกรรมที่ 5 กิจกรรมการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งพบว่า ข้อคำถามทั้ง 27 ข้อของสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทุกข้อคำถามมีคะแนนเพิ่มขึ้น ซึ่งการปลูกฝังองค์ความรู้ ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมถึงการสร้างความรู้และผลของคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นการส่งเสริมการสร้างสภาวะสุขภาพที่ยั่งยืนให้กับอาสาสมัคร

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้พบข้อจำกัดของงานวิจัย ได้แก่ มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียวเป็นการศึกษาโดยวัดผลก่อน-หลัง ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม และกระทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่เพียงพื้นที่เดียว ซึ่งอาจจะทำให้ผลการศึกษาเป็นไปเพียงพื้นที่เดียว และมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพียงแค่ 40 คน จึงทำให้ผลการศึกษาอาจจะไม่มีความแตกต่างหรือมีความแตกต่างเล็กน้อย ซึ่งควรมีการนำโปรแกรมไปศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไปเพื่อขยายผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ในความคิดเห็นของผู้วิจัย นั้นคือ ควรมีการบูรณาการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดย อสม. เข้าสู่แผนสุขภาพระดับอำเภอและตำบล หรือบรรจุเข้าสู่แผนงานปฐมภูมิ โดยหน่วยงานสาธารณสุขควรสนับสนุนให้โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในพื้นที่ห่างไกล เช่น อำเภออมก๋อย และพื้นที่อื่น ๆ

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ นั้นคือควรมีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย ใช้ภาษาท้องถิ่นหรือสื่อภาพ เพื่อให้ อสม. สามารถถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรมีการประเมินความรู้และผลของโปรแกรมโดย อสม. และผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงโปรแกรมให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง โปรแกรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.อมก๋อย จ.เชียงใหม่ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยต้องขอขอบพระคุณ นายสมรัตน์ แดงดีบ สาธารณสุขอำเภออมก๋อย อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ให้ความช่วยเหลือและคำชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วง

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย

ที่เสียสละและให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลรวมทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กรรมการสอบวิจัย ทุกท่าน ที่กรุณาเสนอให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ในการทำวิจัยฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น หากงานวิจัยเล่มนี้มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา ค้นคว้า หรือมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้วิจัยต้องกราบขออภัยและขอน้อมรับความผิดนี้ไว้แต่เพียงผู้เดียว ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดำเนินงานและกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการขอการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่ REC No. CM 48/2568 เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2568

เอกสารอ้างอิง

- Chiang Mai Provincial Health Data Center (HDC). (2025). **Health Data Center database, Chiang Mai Province.** [online]. Retrieved September 3, 2025 available from <https://hdc.moph.go.th/cmi/public/standard-report>
- Chiang Mai Provincial Office. (2023). **General information of Omkoi District (geographical characteristics).** Chiang Mai: Ministry of Interior.
- Department of Health Service Support. (2023). **Guidelines for the provision of basic primary health care services by**

Village Health Volunteers (VHV) for the year 2024. Nonthaburi: Bureau of Public Health Support.

- Department of Health Service Support. (2011). **Handbook for modern Village Health Volunteers.** Bangkok: Agricultural Cooperative Federation of Thailand Publishing.
- Jerawatana R., Reutrakul S., Siripitayakunkit A. (2018). **Effects of a complex diabetes care program delivered by advanced practice nurses on patient outcomes.** Ramathibodi Nursing Journal, 24(1): 51–68. (in Thai)
- Nunla-ong O., Nunla-ong Y., Wattana S. (2024). **Effects of a health behavior modification program based on the DHSS Model among village health volunteers in Thiang Tae Subdistrict, Sapphaya District, Chai Nat Province.** Journal of Environmental Health and Community Health, 9(5): 195–203. (in Thai)
- Pender, NJ., Murdaugh, CL., Parsons, MA. (2015). **Health promotion in nursing practice.** (7th ed.). London: Pearson Education.
- Sathayasomboon P., Sroisong S., Fongtong P., Kaewtunkham K. (2020). **Effects of a self-management program on blood glucose levels among patients with type 2 diabetes**

- mellitus.** Journal of Graduate Studies Review Mahachulalongkorn - rajavidyalata University, Phrae Campus, 6(1): 164–179. (in Thai)
- Seesun C., Panyasaisophon T. (2021). **The Effectiveness of health literacy Program in type II Diabetes Patients Pak Thong Chai Hospital.** Medical Journal of Srisakate Surin Buriram hospitals, 36(3): 519–532. (in Thai)
- Siitisart V., Rasiri T. (2024). **Effects of a capacity-building program for village health volunteers on diabetes screening in the service area of Ban Sao Hin Subdistrict Health Promoting Hospital, Wat Phrik Subdistrict, Mueang District, Phitsanulok Province.** Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, 7(1): 51–67. (in Thai)
- Suphakanaraseth T., Suphakanaraseth S., (2024). **Competency Development Among Village Health Volunteers in Caring of Patients with Diabetes in Community, Thangew Subdistrict, Meung District, Nakhonsithammarat Province.** Journal of environmental and community health., 9(6): 384–403. (in Thai)

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุตำบลช้างเค็ง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่

Development of Caregiver Capacity through Community Participation in Screening for Fall Risk among Older Adult in, Chang Kheng Subdistrict, Mae Cheam District, Chiang Mai Province

ศิริพร กันทจันทร์ (Siriporn Kantajan)*

Received: Jul 28, 2025 | Revised: Jan 12, 2026 | Accepted: Feb 09, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มในผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ (Cohen & Uphoff, 1980) มีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินงาน และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวน 28 คน 2) กลุ่มตัวอย่างในระยะดำเนินงานและระยะประเมินผล จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถามความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ พบว่าแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้สามารถใช้ได้ง่าย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.3 ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.3 ความเหมาะสมที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75 ความสะดวกในการคัดกรอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.85 และมีความเป็นไปได้ที่จะนำแผนการพัฒนาศักยภาพไปใช้ในทางปฏิบัติ กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.4 ในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการมีความเห็นว่า แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้มีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.75 และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75 ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าควรให้มีการนำแผนการพัฒนาศักยภาพฯ นี้สู่ขั้นตอนการนำไปปฏิบัติจริงแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และติดตามประเมินผลต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน การคัดกรองภาวะเสี่ยงล้ม ผู้สูงอายุ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูล เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา อีเมล:Sirijeab@hotmail.co.th

*Registered Nurse, Professional level. Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's ๖๐th Birthday Anniversary Email: Sirijeab@hotmail.co.th

Abstract

This developmental research aimed to develop caregiver capacity through community participation in fall risk screening among older adults and to examine the feasibility of implementing a caregiver capacity development plan for elderly fall risk screening in community settings. The study employed Cohen and Uphoff's (1980) community participation framework and was conducted in three distinct phases: situational analysis, implementation, and evaluation. The research sample consisted of two groups: 1) 28 participants in the situational analysis phase, and 2) 60 participants in the implementation and evaluation phases. Research instruments included semi-structured interview guidelines and a feasibility questionnaire designed to assess the community-based caregiver capacity development plan in elderly fall risk screening. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics to examine patterns and trends.

Results of the caregiver capacity development through community participation in elderly fall risk screening demonstrated high levels of acceptability across multiple dimensions. Specifically, ease of use was rated at a high level by 64.3% of respondents, indicating that the plan was accessible and user-friendly for caregivers. Clarity of practical guidelines received a high rating from 64.3% of participants, suggesting that implementation instructions were well understood. Appropriateness for elderly caregiver implementation was rated highly by 75% of respondents, demonstrating strong relevance to caregiver needs. Time efficiency in screening received the highest rating at 92.85%, indicating that the plan significantly reduced screening time. Overall feasibility for practical application with elderly caregivers was rated at a high level by 71.4% of participants. Among elderly caregivers who participated in the practical training workshop, 68.75% rated the plan's appropriateness for elderly caregiver use at a high level, and 75% rated the clarity of practical guidelines at a high level. The research findings suggest that this capacity development plan should be implemented in actual practice with elderly caregivers and continuously monitored and evaluated.

Keywords: Caregiver capacity development, community participation, fall risk screening, elderly, public health

บทนำ

ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกต่างก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สำหรับภูมิภาคอาเซียนพบว่า เป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือ มีอัตราผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 โดยประเทศที่มีจำนวนประชากรสูงอายุ สูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) และ เวียดนาม (ร้อยละ 13) ตามลำดับ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2564 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสูงสุด คือ มีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (Thai Elderly Research and Development Institute Foundation, 2021)

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยในปี พ.ศ.2560-2564 มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม ปีละประมาณ 3,030,900 - 5,506,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้จะมีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,700- 10,400 คนต่อปี (Department of Disease Control., 2023) เมื่อศึกษาสาเหตุของการหกล้มพบว่าส่วนใหญ่มาจากพื้นที่ยื่น (ร้อยละ 37.1) รองลงมาคือการสะดุดวัตถุสิ่งของ (ร้อยละ 35.7) โดยพบว่าอุบัติเหตุการหกล้มของผู้สูงอายุมีสาเหตุจากการเดินสะดุด ลื่น และเวียนศีรษะ ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน และ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน แนวทางการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ ทั้งในส่วนอง ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพ ที่จะร่วมมือกันในการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม โดยจะต้องมี

ความเข้าใจในสาเหตุ/ปัจจัยทั้งภายใน ภายนอกและปัจจัยส่งเสริม ที่จะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม และเลือกใช้รูปแบบหรือแนวทางการป้องกันที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละรายและเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุปราศจากการพลัดตกหกล้ม ไม่เกิดการบาดเจ็บ/เสียชีวิต ในเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสามารถอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างปกติ (Kumkwan, 2018)

จากการศึกษาพบว่า การค้นหาหรือคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการล้มเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญใน การป้องกันการหกล้ม เพื่อนำไปสู่มาตรการการกักจัดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการหกล้มที่สำคัญรวม 4 ปัจจัยได้แก่ 1) ด้านร่างกายและความสามารถที่ลดลง เช่น การมองเห็น การเดิน การทรงตัว 2) ด้านพฤติกรรม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การสวมใส่รองเท้าและเสื้อผ้า การดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม 3) ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น พื้นต่างระดับ แสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวาง ไม่มีราวจับ เป็นต้น และ 4) ด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายได้ และระดับการศึกษา สัมพันธภาพในสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมน้อย (Division of Injury Prevention, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาวะกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ซึ่งรูปแบบของการมีส่วนร่วมประกอบด้วยการร่วมตัดสินใจ ร่วมในการดำเนินการพัฒนาสุขภาวะร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมประเมินผล (Ratchatanawan, 2018) ซึ่งการส่งเสริมการมี

ส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับหมู่บ้านและระดับตำบลควรมีการวางแผนพัฒนาร่วมกัน (Sirisukanta, 2019) การพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีองค์ประกอบที่สำคัญคือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนนั้น คือการให้ความสำคัญและสร้างการมีส่วนร่วมโดยเครือข่ายในพื้นที่และกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรับผิดชอบในประเด็นปัญหาและมีจิตสำนึกว่าเป็นหน้าที่ ที่ ต้อง มีความรับผิดชอบร่วมกัน (Buawichaisin, 2019) ดังนั้น การส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จึงควรพัฒนาศักยภาพทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการเสริมพลังในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและการปรับพฤติกรรมการมีส่วนร่วม (Veerawaitaya, 2023) และผู้ดูแลผู้สูงอายุประสบปัญหาในเรื่องรูปแบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จึงควรมุ่งเน้นไปที่การตรวจคัดกรองความเสี่ยงและค้นหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ การอบรมผู้สูงอายุในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ (Thongrak, 2025) เพื่อให้ การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากบริบทของชุมชนนั้นมีความแตกต่างกัน ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจะส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ ช่วยกระตุ้นให้ชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันจากคนในชุมชนเพื่อคนในชุมชนเอง

อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ มีผู้สูงอายุทั้งหมด 8,927 คน และได้รับการคัดกรองผู้สูงอายุจำนวน 7,286 คน พบมีความเสี่ยงดังนี้ ด้านเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 487 คน คิดเป็นร้อยละ 6.68, ด้านสมองเสื่อม 344 คน คิดเป็นร้อยละ 4.72 และด้านการมองเห็น 1,240 คน คิดเป็นร้อยละ 17.01 (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2024) ส่งผลให้พบอุบัติการณ์ผู้สูงอายุหกล้ม และมีภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก ในปี พ.ศ.2565 จำนวน 8 คน, ในปี พ.ศ.2566 พบจำนวน 23 คน ปี 2567 พบจำนวน 30 คน และ ตำบลช่างเคิ่ง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองจำนวน 2,452 คน พบมีความเสี่ยงดังนี้ ด้านเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม 217 คน คิดเป็นร้อยละ 8.85, ด้านสมองเสื่อม 144 คน คิดเป็นร้อยละ 5.87 และด้านการมองเห็น 239 คน คิดเป็นร้อยละ 9.77 (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2024) พบอัตราการเกิดอุบัติการณ์หกล้มในผู้สูงอายุและมีภาวะกระดูกข้อสะโพกหักดังนี้ ในปี พ.ศ.2565 พบจำนวน 4 คน ปี พ.ศ.2566 พบผู้ป่วย 9 คน ปี 2567 พบผู้ป่วย 8 ราย (Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's 60th Birthday Anniversary, 2024) อายุที่พบอยู่ในช่วง อายุ 70 - 85 ปี จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้สูงอายุในอำเภอแม่แจ่ม พบอุบัติการณ์การเกิดข้อสะโพกหักมีอัตราเพิ่มขึ้น ซึ่งกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูลเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา จังหวัดเชียงใหม่ เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขหลัก ที่รับผิดชอบการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ตำบลช่างเคิ่ง อำเภอแม่แจ่มจังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยจึงสนใจจะศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลช่างเคิ่ง ซึ่งเป็นตำบลที่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงหกล้มและเกิดการหกล้มมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การดูแลส่วนใหญ่ ยังเป็นแบบรายบุคคลหรือบริการจากหน่วยงานสาธารณสุข เช่น การเยี่ยมบ้านหรือการบรรยายให้ความรู้ โดยขาด การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างแท้จริง (Bonkhunthod. et.,2025) รูปแบบเดิมมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงและความต่อเนื่องของบริการ ผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่ได้รับบริการสม่ำเสมอ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ต่อเนื่อง การที่ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมน้อย ทำให้ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน อีกทั้งการดูแลและการป้องกันโรคขาดความยั่งยืน เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากสังคมรอบข้าง(Chaiwong.et.,2024) ดังนั้น การพัฒนารูปแบบที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนจึงมีความจำเป็น เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างยั่งยืน ทั้งในด้านพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรค และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ประชาชน ภาคีเครือข่ายสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมแสดง ความคิดเห็น วางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล อันจะช่วยเสริมพลังให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นกระบวนการที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ทำให้ชุมชนมีจิตสำนึกที่ดีต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา มีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของก่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และการที่ผู้ดูแลซึ่งรวมถึงบุคคลในครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะสามารถปฏิบัติการคัดกรองภาวะเสี่ยงได้ นั้น มีความจำเป็นที่จะต้องมียังมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหกล้ม ผลกระทบความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะเสี่ยงอีกด้วย

จึงสามารถนำไปเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ให้เข้ากับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suriya (2019) เมื่อมีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองผู้สูงอายุย่อมส่งผลให้การป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลชุมชน ที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งมีสมรรถนะในการพัฒนาจัดการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน จึงได้นำรูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนาและกรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen & Uphoff (1980) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบ การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนมีความตระหนักและนำไปสู่การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมตาม บริบท และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุมีลักษณะและกระบวนการเป็นอย่างไร
2. แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงของผู้สูงอายุ มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติในระดับชุมชนอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

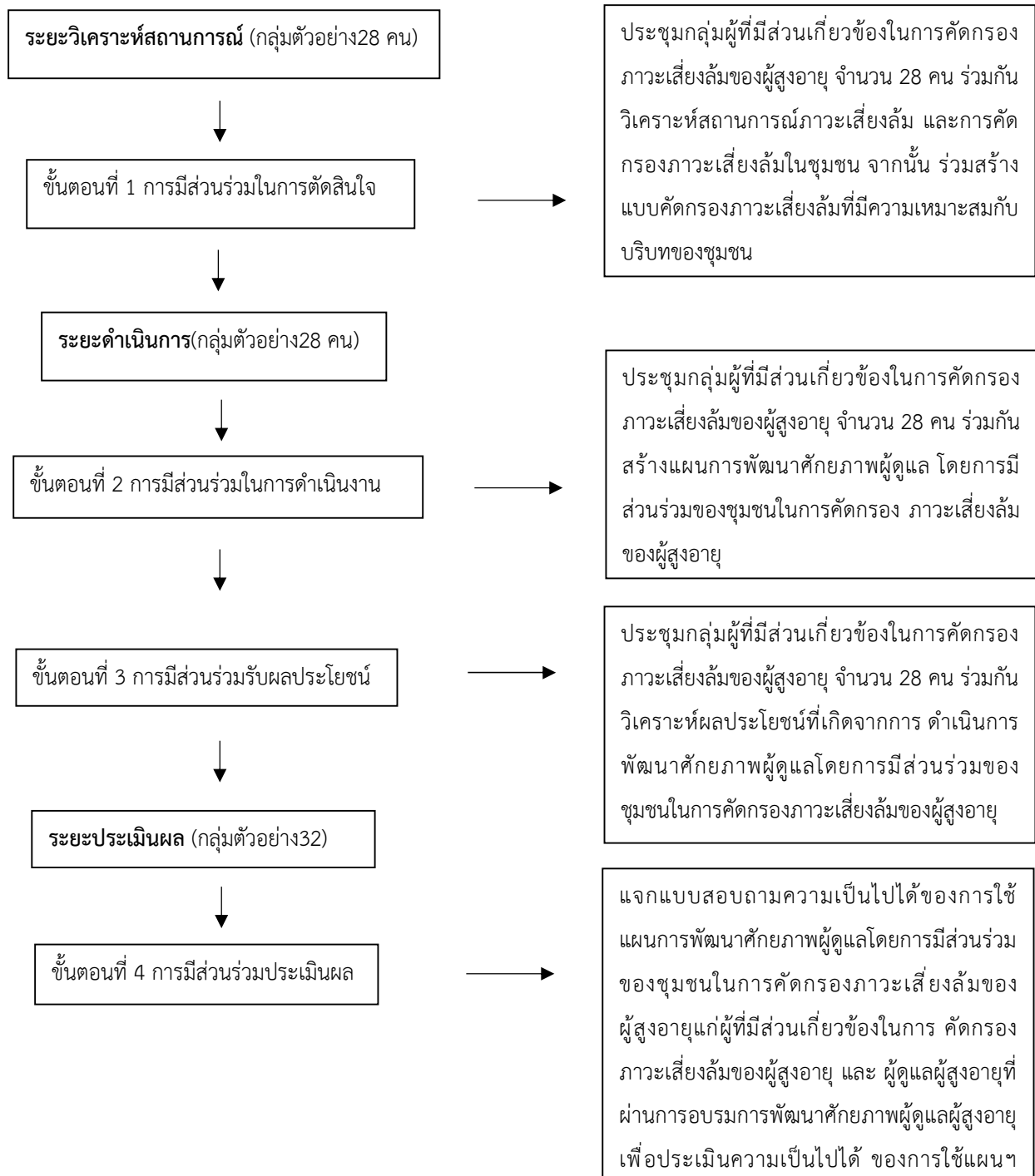
1. เพื่อศึกษาลักษณะและกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ
2. เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen (1980) มาเป็นกรอบแนวคิด ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วม

ในการรับผลประโยชน์ และขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระดมสมองร่วมกันในการออกแบบกิจกรรมเพื่อสร้างแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุขึ้น ระยะการดำเนินงาน เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ และระยะการประเมินผล เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงและสรุปผลการดำเนินงาน การพัฒนาแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของ ผู้สูงอายุ คาดว่าจะทำให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มเพิ่มขึ้น

การดำเนินการตามกรอบแนวคิดโคเฮนและอัฟค็อฟ (Cohen & Uphoff, 1980)



วิธีการศึกษา (หรือ) วิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research design) เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ และศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ โดยทำการศึกษาในตำบลช้างเคื่อง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อเข้าร่วมกำหนดรูปแบบและแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเทพรัตนเวชชานุกูลฯ ที่รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุ, นักกายภาพบำบัด, เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในฝ่ายสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ, ประธานชมรมผู้สูงอายุ, ผู้นำชุมชน รวมทั้งหมดจำนวน 28 คน **เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)**

1. เป็นแกนนำของชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ
2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร
3. มีความสนใจและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) กลุ่มตัวอย่างในระยะดำเนินงานและระยะประเมินผล คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรอง

ภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 28 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 32 คน รวมทั้งหมดจำนวน 60 คน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร
2. มีความสนใจ ยินยอมให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ประสงค์ขอยุติการเข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในระยะวิเคราะห์สถานการณ์และระยะดำเนินการ คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ซึ่งครอบคลุมถึงสถานการณ์ภาวะเสี่ยงล้ม ผลกระทบจากภาวะเสี่ยงล้ม และการดำเนินการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มในพื้นที่และนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการกำหนดแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในระยะประเมินผล คือ แนวคำถามความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับ

การศึกษา อาชีพ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ
เติมข้อความและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามความเป็นไปได้ของการใช้
แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุโดย
ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินภายหลังนำไปใช้จริง
ด้วยวิธีการใช้แนวคำถามซึ่งสร้างขึ้นในประเด็นต่างๆ
ดังนี้ ความสะดวกในการนำไปใช้ ความชัดเจนของ
ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติความเหมาะสมเกี่ยวกับการ
นำไปใช้ ความประหยัด ความเป็นไปได้ของการใช้
แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ โดย
แนวคำถามมีตัวเลือกให้เลือก 3 ระดับ คือ ระดับน้อย
ระดับปานกลาง ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
ประกอบด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดย
ต้องมีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และ
ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ซึ่งมี
รายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแนวคำถามการสัมภาษณ์
แบบกึ่งโครงสร้างให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความสามารถ
ด้านผู้สูงอายุและภาวะเสี่ยงล้ม คือ พยาบาลที่มีความ
เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและภาวะเสี่ยงล้ม จำนวน
2 ท่าน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบ
เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษาความ
ชัดเจนของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา
หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยได้นำ
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไข
ตามข้อเสนอแนะเพื่อให้มีความชัดเจนและเหมาะสม
ของข้อคำถาม

1.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเป็นไปได้
ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของ
ผู้สูงอายุที่สร้างขึ้นเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน
ดังนี้พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน
2 ท่าน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 ท่าน พิจารณา
ความเหมาะสมของสำนวนภาษาความชัดเจน ความ
ถูกต้องของข้อคำถาม และความครอบคลุมของเนื้อหา
หลังจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะผู้วิจัย
นำเครื่องมือที่ใช้มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
ของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความชัดเจนและเหมาะสมของ
ข้อคำถาม แล้วมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรง
(Content Validity Index) เพื่อให้ได้ความตรงตาม
เนื้อหา มากกว่า หรือเท่ากับ 0.80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับ
ได้

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความเป็นไปได้
ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมี
ส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของ
ผู้สูงอายุที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของ
ผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี
ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ในตำบล
ข้างเคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างวิจัยจำนวน 10 คน
แล้วนำมาหาความสอดคล้องภายในโดยใช้สัมประสิทธิ์
อัลฟา ของ คอน บาค (Cronbach's alpha
coefficient) เท่ากับ 0.92 (Burns, 2009)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ (Data Analysis and Statistics)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่ม
ตัวอย่างมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาจัดหมวดหมู่
เนื้อหา ซึ่งประกอบด้วยสถานการณ์ภาวะเสี่ยงล้ม

ในชุมชน ภาวะเสี่ยงล้มในชุมชนจะเกิดผลกระทบ ต่อชุมชน การคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ในชุมชน เครื่องมือที่ใช้การคัดกรองภาวะเสี่ยงล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน และผลการนำไปใช้ ปัญหา และอุปสรรคในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ลักษณะการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับชุมชน ประเด็นการ คัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ลักษณะ กิจกรรมการนำเสนอเพื่อสร้างความเข้าใจในแต่ละ ประเด็นของการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้สามารถ คัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ และข้อเสนอแนะ ในภาพรวมของการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

2.ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและความเป็นไปได้ ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดย การมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยการ แจกแจง ความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน

วิธีการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย ตนเองหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้ที่ มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของ ผู้สูงอายุ เพื่อดำเนินการ รวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน มกราคม – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 โดยมี รายละเอียดดังนี้

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เดือน มกราคม 2568 (การประชุมครั้งที่ 1-2) ผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ร่วมกับผู้วิจัยได้จัดการประชุมกลุ่ม เพื่อร่วมกัน วิเคราะห์สถานการณ์ภาวะเสี่ยงล้มและการคัดกรอง ภาวะเสี่ยงล้มในชุมชน จากนั้นร่วมสร้างแบบคัดกรอง ภาวะเสี่ยงล้มที่มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

ระยะดำเนินการ เดือนกุมภาพันธ์ – เดือนมีนาคม 2568 (การประชุมครั้งที่ 3) ผู้ที่มีส่วน เกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ร่วมกับผู้วิจัยได้จัดการประชุมกลุ่ม เพื่อร่วมกันสร้าง แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ และมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ นอกจากนี้ ได้ร่วมกันวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่เกิดจากการ ดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ

ระยะประเมินผลเดือนเมษายน – เดือน พฤษภาคม 2568 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรอง ภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกัน ประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แผนการ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ภายหลังการ นำแผนการพัฒนาศักยภาพโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเคื่อง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ นี้ไป ทดลองใช้โดยการจัดการอบรมการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรอง ภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ

วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย เดือนมิถุนายน 2568 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตีความ จากข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวม จากการสัมภาษณ์ เชิงลึก (In-Depth Interview) การสนทนากลุ่ม

(Focus group discussion) เพื่อหาประเด็นหลัก แล้วนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบ ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลและสรุปประเด็นข้อค้นพบจากกระบวนการวิจัยทุกระยะของการพัฒนา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ทั้งหมด 28 คน ประกอบด้วย เพศหญิง 13 คน เพศชาย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 46.42 และ ร้อยละ 53.6 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 28-72 ปี อายุเฉลี่ย 51.54 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.9 ประถมศึกษา ร้อยละ 14.3 และปริญญาตรี ร้อยละ 14.9 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 42.9 ข้าราชการ ร้อยละ 21.4 อาชีพรับจ้าง ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีร้อยละที่เท่ากันคือ 14.3 และ ค้าขาย ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในตัดสินใจ (decision making) โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ภาวะเสี่ยงล้ม และการดำเนินการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้ม ในตำบลช้างเคื่อง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าในชุมชนมีผู้สูงอายุที่ยังมีภาวะเสี่ยงล้ม และคาดว่าภาวะเสี่ยงล้ม มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ซึ่งชุมชนมีความเห็นว่าจะเป็นการเพิ่มภาระการดูแลให้กับชุมชน ในส่วนของการดำเนินงานในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มที่ผ่านมา ได้มีการคัดกรองในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี

ขึ้นไปทุกปี โดยอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ลงพื้นที่ประเมินผู้สูงอายุที่บ้าน และพบปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะเสี่ยงล้มได้รับการดูแลล่าช้าและไม่ทั่วถึง อสม.เกิดความเข้าใจในการใช้แบบคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มไม่ชัดเจน นอกจากนี้ อสม.และผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้รับการศึกษาทำให้ไม่เข้าใจแบบประเมิน Thai Falls Risk Assessment test (Thai-FRAT) จึงนำมาสู่การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้ม ในการพัฒนาแบบคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มที่มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน โดยปรับด้านภาษา เป็นการใช้ภาษาท้องถิ่น (คำเมือง) ในการคัดกรองผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งแสดงข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม

“น่าจะมีโอกาสเป็นเพิ่มขึ้น” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

“เป็นภาระของชุมชน เป็นภาระของท้องถิ่นต้องคอยดูแลด้านสวัสดิการ ความเป็นอยู่ ด้านสังคมของประชาชนที่เรารับผิดชอบ เช่น รถรับส่งไปหาหมอ เป็นภาระของชุมชนด้วย” (เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น)

“ผลกระทบมันก็ต่อเนื่องกันไป คือ ในครอบครัวไม่มีความสุข ไปเจอคนข้างนอกก็จะทำให้อารมณ์และสุขภาพจิตไม่ดี และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆทั้งของครอบครัวและของชุมชน” (เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น)

“ผมคิดว่าต่อไปควรจะเอาผู้ดูแลผู้สูงอายุมาอบรมให้ความรู้ ให้เอาไปดูแลผู้สูงอายุในบ้าน พร้อมทั้ง อสม. ก็เหมือนกันครับ เพราะอยู่ๆทางโรงพยาบาลก็มีหนังสือมาให้ทาง อสม.ไปคัดกรอง

ผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้เอา อสม. มาอบรมเกี่ยวกับเรื่อง
คัดกรอง ผู้สูงอายุเลยคับ (ประธานชมรมผู้สูงอายุ)

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการ
ดำเนินงาน (implementation) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน
การคัดกรอง ภาวะเสี่ยงล้มร่วมกันเขียนแผนการ
พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน
การคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ โดยทุกภาค
ส่วนในชุมชนจะเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการขับเคลื่อน
แผนนี้ด้วยตนเอง โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) การจัด
อบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม
คือ กิจกรรมที่ 1 การทำความรู้จักกับภาวะเสี่ยงล้ม
โดยเป็นกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
เกี่ยวกับความหมาย อาการ แสดง และผลกระทบของ
ภาวะเสี่ยงล้ม ผ่านการร่วมวิเคราะห์และแสดงความ
คิดเห็นของผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังการชมสื่อวีดิทัศน์
และการถ่ายทอดประสบการณ์จากครอบครัวในชุมชน
ที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มอยู่ในบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแล
ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงล้มเพิ่มขึ้น
เนื่องจากผู้ดูแลในชุมชนยังขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะ
เสี่ยงล้ม กิจกรรมที่ 2 การออกกำลังกาย และการจัด
สิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงล้ม เพื่อให้ผู้ดูแล
ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกรออกกำลังกายและจัด
สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน
ภาวะเสี่ยงล้มได้ และสามารถนำไปเผยแพร่แก่
ผู้สูงอายุที่บ้านและผู้อื่นได้ กิจกรรมที่ 3 การใช้
เครื่องมือการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ
สำหรับผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้
ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถใช้เครื่องมือการคัดกรองภาวะ
เสี่ยงล้มของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนได้ และ 2) การสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยน
เรียนรู้และการจัดตั้งศูนย์การให้ความช่วยเหลือดูแล
และควบคุมการเกิดภาวะเสี่ยงล้มในชุมชนโดยชุมชน

ต้องการให้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแล
ด้วยกัน และระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทางสาธารณสุข

ต่อมาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรอง
ภาวะเสี่ยงล้ม ได้ร่วมกันจัดกิจกรรมการอบรมการ
พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ในวันศุกร์
ที่ 25 เมษายน พ.ศ. 2568 โดยกิจกรรมที่ 1 การทำ
ความรู้จักกับภาวะเสี่ยงล้ม ผู้รับผิดชอบคือ พยาบาล
วิชาชีพ และตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้มใน
ชุมชน กิจกรรมที่ 2 การออกกำลังกาย และการจัด
สิ่งแวดล้อม ผู้รับผิดชอบ คือ นักกายภาพบำบัด
พยาบาลวิชาชีพ อสม กิจกรรมที่ 3 การใช้เครื่องมือ
การคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล
ผู้รับผิดชอบคือ พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด
อสม โดยจัดอบรมให้กับผู้ดูแล จำนวน 32 คน ซึ่ง
แสดงข้อมูลจากการประชุมกลุ่มดังนี้

“สอนวิธีการใช้เครื่องมือการประเมิน
วิธีการคัดกรอง”

“มีการจัดกลุ่มผู้ดูแลมาเข้ากลุ่มกัน
มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันว่าใครมีเทคนิคอะไรที่จะทำให้
มีการประเมินได้ง่ายยิ่งขึ้น”

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับ
ผลประโยชน์ (benefit) โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการ
คัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุร่วมกัน ประเมินผล
ประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดย
การมีส่วนร่วม ของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยง
ล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม
ดังนี้

“ภาวะเสี่ยงล้มมันเกิดได้ทุกพื้นที่เป็นปัญหาที่มี
ผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และพื้นที่
และประเทศชาติ เพราะฉะนั้นเป็นโอกาสอันดีที่มีการ
ระดมระดับแกนนำกลุ่มเป้าหมายมาช่วยกันในการหา

เครื่องมือคัดกรองว่าคนใดมีภาวะเสี่ยงล้ม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีค่ะ” (เจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุข เทศบาล)

“จากที่เราได้มาประชุมกัน และได้ร่วมกันคิด และรวบรวมความเห็นมานั้นเกี่ยวกับการคัดกรอง ภาวะเสี่ยงล้มโดยผู้ดูแล คงจะเอาเข้าสู่แผนชุมชนได้ต่อไปในอนาคตตำบลข้างเคียงเราจะมีสุขภาพดี นะครับ” (ผู้นำชุมชน)

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินความ เป็นไปได้ของการใช้ แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการคัดกรองภาวะ เสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ คัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ภายหลังจากการ นำแผนมาปฏิบัติจริงผ่านการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ มีความเห็นว่าแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้ สามารถใช้ได้ง่าย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.3 ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจ ตรงกัน) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.3 ความเหมาะสม ที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก

ร้อยละ 75 มีความประหยัดในด้านไม่เสียค่าใช้จ่าย ในการคัดกรองอยู่ ในระดับมาก ร้อยละ 100 ความ ประหยัดเวลาในการคัดกรองในระดับมาก ร้อยละ 92.85 และมีความเป็นไปได้ที่จะนำแผนการพัฒนา ศักยภาพไปใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 71.4 ในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการอบรมเชิง ปฏิบัติการ และได้แนะนำแนวทางการคัดกรองไปปฏิบัติ กับผู้สูงอายุที่บ้าน มีความเห็นว่าแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้สามารถใช้แนวทางได้ง่ายในระดับ มาก ร้อยละ 53.2 ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความ ชัดเจน (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75 ความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ นำไปใช้ อยู่ ในระดับมาก ร้อยละ 68.75 ความประหยัดในด้านไม่ เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรองอยู่ ในระดับมาก ร้อยละ 65.6 ประหยัดเวลาในการคัดกรองน้อยในระดับมาก ร้อยละ 53.1 และความเป็นไปได้ที่จะนำแผนการ พัฒนาศักยภาพไปใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.9 ดังแสดงในตาราง ที่ 2 และตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้าร่วมการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ (n=28)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	53.6
หญิง	13	46.4
อายุ (X=51.54, S.D.=13.36)		
20-30 ปี	2	7.1
31-40 ปี	6	21.4
41-50 ปี	4	14.3
51-60 ปี	8	28.6
61-70 ปี	6	21.4
71-80 ปี	2	7.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	14.3
มัธยมศึกษา	12	42.9
อนุปริญญา	1	3.6
ปริญญาตรี	10	35.7
ปริญญาโท	1	3.6
อาชีพ		
การเกษตร	12	42.9
ค้าขาย	2	7.1
ไม่ได้ทำ/ไม่ระบุ	4	14.3
รับจ้าง	4	14.3
รับราชการ	6	21.4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้าร่วมการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ จำแนกตามความคิดเห็นที่มีต่อความเป็นไปได้ของแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ (n=28)

แนวคำถามเกี่ยวกับแผนการพัฒนาศักยภาพ	ระดับความคิดเห็น						ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	มาก		ปานกลาง		น้อย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. แผนการพัฒนาศักยภาพสามารถใช้ได้ง่าย	18	64.3	10	35.7	-	-	2.43	0.500
2. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจตรงกัน)	18	64.3	10	35.7	-	-	2.45	0.502
3. แผนการพัฒนาศักยภาพมีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้	21	75.0	7	25.0	-	-	2.62	0.490
4. ความประหยัด								
4.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรอง	28	100.0	-	-	-	-	2.80	0.443
4.2 ใช้เวลาในการคัดกรองน้อย	27	92.85	1	3.6	1	3.6	2.72	0.490
5. แผนการพัฒนาศักยภาพมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ	20	71.4	8	28.6	-	-	2.57	0.533

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้าร่วมการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ คือ แผนการพัฒนาศักยภาพสามารถใช้ได้ง่ายอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.3 ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่

เข้าใจตรงกัน) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.3 แผนการพัฒนาศักยภาพมีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.0 ในด้านความประหยัด ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100.0 ใช้เวลาในการคัดกรองน้อย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.4 และ แผนการพัฒนาศักยภาพมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ จำแนกตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา และอาชีพ (n=32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	25.0
หญิง	24	75.0
อายุ (X=62.19, S.D.=15.49)		
31-40 ปี	2	6.3
41-50 ปี	6	18.8
51-60 ปี	8	25.0
61-70 ปี	7	21.9
71-80 ปี	2	6.3
81-90 ปี	7	21.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	6	18.8
ประถมศึกษา	12	37.5
มัธยมศึกษา	13	40.6
ปริญญาตรี	1	3.1
อาชีพ		
การเกษตร	13	40.6
ค้าขาย	1	3.1
ไม่ได้ทำ/ไม่ระบุ	10	31.3
รับจ้าง	8	25.0

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ จำแนกตามความคิดเห็นที่มีต่อความเป็นไปได้ของแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ (n=32)

แนวคำถามเกี่ยวกับแผนการพัฒนาศักยภาพ	ระดับความคิดเห็น						ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	มาก		ปานกลาง		น้อย			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. แผนการพัฒนาศักยภาพสามารถใช้ได้ง่าย	7	21.87	24	75.0	1	3.1	2.25	0.078
2. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจตรงกัน)	9	28.1	23	71.9	-	-	2.28	0.457
3. แผนการพัฒนาศักยภาพมีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้	16	50.0	17	53.12	1	3.1	2.50	0.508
4. ความประหยัด								
4.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรอง	21	65.6	10	31.3	1	3.1	2.63	0.554
4.2 ใช้เวลาในการคัดกรองน้อย	17	53.1	14	43.8	2	6.25	2.50	0.568
5. แผนการพัฒนาศักยภาพมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ	15	46.9	16	50.0	1	3.1	2.44	0.564

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ของแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ คือ แผนการพัฒนาศักยภาพสามารถใช้ได้ง่ายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.0 ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) อยู่ในระดับปานกลางและมาก ร้อยละ 50.0

เท่านั้น แผนการพัฒนาศักยภาพมีความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.6 ในด้านความประหยัด ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรอง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.1 ใช้เวลาในการคัดกรองน้อย อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.4 และ แผนการพัฒนาศักยภาพมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทางปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0

สรุปผล (หรือ) อภิปรายผล

ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ทั้งหมด 28 คน ประกอบด้วย เพศหญิง 13 คน เพศชาย 15 คน คิดเป็นร้อยละ 46.42 และ ร้อยละ 53.6 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 28-72 ปี อายุเฉลี่ย 51.54 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.9 ประถมศึกษา ร้อยละ 14.3 และปริญญาตรี ร้อยละ 14.9 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 42.9 ข้าราชการ ร้อยละ 21.4 อาชีพรับจ้าง ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีร้อยละที่เท่ากันคือ 14.3 และ ค้าขาย ร้อยละ 7.1 ตามลำดับ

การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเคื่อง อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการดำเนินการ สามารถอธิบายได้ว่า

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในตัดสินใจ (decision making) โดยชุมชนจากทุกภาคส่วนที่ได้รับผลกระทบร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะเสี่ยงล้มและตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหาภาวะเสี่ยงล้มที่เกิดขึ้นในชุมชน การมีส่วนร่วมเป็นการส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของผู้เข้าร่วมที่มีเป้าหมายร่วมกัน โดยลักษณะสำคัญของกระบวนการมีส่วนร่วมคือประโยชน์ในด้านการจัดการต่อปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารของสังคมยุคใหม่ที่เน้นปัจจัยในด้านการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ ซึ่งเน้นการตัดสินใจร่วมกัน อันไม่ควรเป็นการตัดสินใจของคนกลุ่มน้อย แต่ต้องเป็นไปตามระเบียบของสังคม (Creighton, JL. 2005)

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (implementation) โดยชุมชนร่วมกันจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในมุมมองที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละภาคส่วนการหาปัญหาและความต้องการของตนเอง โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมในการศึกษาและค้นหาสิ่งต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน (Phawakanan, 2022) เกิดองค์ความรู้ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่กระตุ้นให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันและ (Sukhuna, 2024) เพิ่มโอกาสต่อความสำเร็จในการดำเนินงานแผนงานที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมลดผลกระทบและผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนจะมีส่วนช่วยสนับสนุนความสำเร็จของแผนงานที่ได้ร่วมกันดำเนินการ ให้เกิดการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน (Kanthawee, 2021) และการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญในการสนับสนุนการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยสามารถเสริมสร้างความตระหนักรู้และการทำกิจกรรมร่วมกันและการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองสามารถช่วยลดความเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพโดยรวมได้สามารถช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงได้ (Kotsikiao, 2022) ดังนั้นย่อมส่งผลให้การป้องกันการเกิดภาวะหกล้มล้มในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มสูงขึ้นและนำไปสู่การพัฒนาเชิงนโยบายของทางท้องถิ่นและในระดับต่าง ๆต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น คือแผนการพัฒนาศักยภาพ

ผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ และคู่มือปฏิบัติการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มสำหรับผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลงานที่ชุมชนสร้างขึ้นและดำเนินการขับเคลื่อนด้วยคนของชุมชนเอง โดยสามารถอธิบายได้ว่าการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ทำให้ชุมชนเกิดความเป็นเจ้าของ และเมื่อมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดการรับรู้ตัวตนที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน เกิดแรงจูงใจในการทำงาน และความร่วมมือร่วมใจเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย การมีส่วนร่วมสามารถนำไปสู่การรับผลประโยชน์ด้านทุนผลประโยชน์ทางสังคม และผลประโยชน์ต่อบุคคลได้ (Suriya, 2023) เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีภาวะสุขภาพดีเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจให้ครอบครัวเกิดความเข้มแข็ง และรากฐานชุมชนมีความแข็งแกร่ง พร้อมเปิดรับสู่การพัฒนาคุณภาพชุมชนด้านอื่น ๆ ได้อย่างเต็มที่

2.ความเป็นไปได้ของการใช้แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุนั้นตรงกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) โดยใช้แนวคำถามความเป็นไปได้ของการใช้แผนฯ พบว่า ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้สามารถใช้ได้ง่าย ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติมีความชัดเจน (เป็นที่เข้าใจตรงกัน) ความเหมาะสมที่จะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุนำไปใช้มีความประหยัดในด้านไม่เสียค่าใช้จ่ายในการคัดกรองและประหยัดเวลาในการคัดกรอง และมีความเป็นไปได้ที่จะนำแผนการพัฒนาศักยภาพไปใช้ในทางปฏิบัติกับผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก สามารถอธิบายได้ว่า จากบริบทของชุมชนนั้นมีการดำเนินงานบนพื้นฐานกระบวนการมี

ส่วนร่วมของชุมชนส่งเสริมให้เกิดองค์ความรู้ที่มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นั้น ๆ เน้นการพัฒนาตามบริบทและความต้องการของพื้นที่ (Sukhuna, 2024) ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมจะเป็นผู้ดำเนินการพัฒนาและได้รับผลโดยตรง (Suriya, 2023) ก่อให้เกิดการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความต่อเนื่อง เมื่อมีการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุได้แล้วนั้น ย่อมส่งผลให้การป้องกันการเกิดภาวะเสี่ยงล้มในชุมชนมีประสิทธิภาพเพิ่มสูงขึ้น แผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ

เมื่อใช้แนวคำถามความเป็นไปได้ของการใช้แผนฯ ประเมินผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าในประเด็นของความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลนี้ไปใช้ในทางปฏิบัติจริงบางส่วนมีความคิดเห็นในระดับปานกลางและน้อย เนื่องจากสภาพสังคมของชุมชน ตำบลข้างเค็งที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นบุตรหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้านส่งผลให้ไม่มีเวลาในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ Suriya (2019) พบว่าปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลง ทางกระแสสังคมและวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว วิถีทำงาน มีการออกทำงานนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น เพื่อแสวงหาความก้าวหน้าและรายได้ในการจุนเจือครอบครัว ดังนั้นแผนฯ นี้มีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติในกลุ่มของผู้ดูแลที่อยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลา และในอนาคตควรมีการพัฒนาต่อยอดแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุเพื่อให้เข้ากับบริบทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นวัยทำงานต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุที่สำคัญ ซึ่งส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงจากความพิการช่วยตัวเองไม่ได้ หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับการรักษา และนอนโรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้น ดังนั้น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปควรได้รับการประเมิน ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม รู้สถานะความเสี่ยงของตนเอง และขอรับคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม โดยดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุที่มารับบริการ

ในสถานบริการสาธารณสุข รวมถึงผู้ที่เคยมีประวัติพลัดตกหกล้ม เพื่อลดโอกาสเกิดการพลัดตกหกล้มในรายใหม่

และการพลัดตกหกล้มซ้ำในผู้ที่เคยพลัดตกหกล้มแล้ว และควรสนับสนุนการใช้ทรัพยากรร่วมกันของพื้นที่ ทั้งใน

ส่วนของสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก ขาดกลุ่มควบคุม และการควบคุมตัวแปร จึงทำให้มีข้อจำกัดด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ไม่มีการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ที่เป็นปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลและหน่วยงานต่างๆ สามารถนำผล

การศึกษาไปใช้ในการกำหนดนโยบายการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มในผู้สูงอายุทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่ได้

2) ผลการศึกษาสามารถนำไปเข้าสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ (พขอ.) ขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับปัญหา สุขภาพในระดับพื้นที่ และความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้ม ของผู้สูงอายุไปพัฒนาและใช้ดำเนินการต่อในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูง อายุให้ครอบคลุมทั้งชุมชน
2. สามารถนำแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้ม ของผู้สูงอายุไปพัฒนาและเข้าสู่แผนสุขภาพตำบล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะเสี่ยงล้มของผู้สูงอายุ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสันป่าตองอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย SPT REC 029/2567

เอกสารอ้างอิง

- Buawichaisin, K (2019). **Health care process for the elderly through community participation in Napo Yai Community, Mukdahan Subdistrict, Mueang District, Mukdahan Province.** Journal of Community Public Health, 5(3): 51–61.
- Bonkhunthod, P., et (2025). Development of health promotion model for the elderly through community participation in Khok Sung Subdistrict, Mueang District, Nakhon Ratchasima. Dis Control J, 51(4): 658–670.
- Chaiwong ,N., et (2024). **Developing social innovations through community processes to promote well-being of the elderly in Klantha Subdistrict, Mueang District, Buri Ram Province.** journal regional health promotion center 9, 18(3): 957–973.
- Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2024). **Elderly screening data.** [online]. Retrieved November 6, 2024 from https://cmi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- Cohen, JM., Uphoff, NT. (1980). **Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity.** World Development, 8(3): 213–235.
- Creighton, JL. (2005). **The Public Participation Handbook: Making Better Decisions through Citizen Involvement.** San Francisco: Jossey Bass Publisher.
- Debaratana Vejjanukula Hospital Commemorating Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirinthorn's 60th Birthday Anniversary. (2023). **Annual report for fiscal year 2024.** Chiang Mai.
- Department of Disease Control. (2023). **Table showing the number and rate of non-elderly patients who fell, aged 60 years and over, per 100,000 elderly population by province, 2017–2022.** [online]. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/3470120230612083716.pdf>
- Department of Disease Control. (2021). **Division of Injury Prevention Annual report 2021.** Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing.
- Kanthawee, P. (2021). **Factors associated with community participation in the prevention and control of dengue fever: A comparative study of disease-free villages and outbreak villages in Pa O Don Chai Subdistrict, Mueang District, Chiang Rai Province.** Chiang Rai Medical Journal, 13(2): 167–188.
- Kotsikiao, T., Jaisu, D. (2022). **Development of a fall prevention model for the**

- elderly through the participation of health network partners in the community. Khon Kaen Provincial Public Health Office Journal, 4(2): 255–269.
- Kumkwan, Y., et (2018). Home-based Fall Prevention Guideline in Thai Contexts for Elderly People. Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 28(3): 10-22.
- Phawakanan, U., et al. (2024). A participatory model for enhancing social adaptation of the elderly through network organizations. Faculty of Social Sciences. Journal of Social Science Panyapat, 6(2): 87-100.
- Ratchatanawan, R., et al. (2018). Community participation process in health promotion. Southern Technology Journal, 11(1): 231–238.
- Sirisukanta, T., et al. (2019). Guidelines for developing elderly health care processes of the Napong Subdistrict Administrative Organization, Thoen District, Lampang Province. Mahamakut Buddhist University Journal of Social Sciences, 2(1): 8–18.
- Sukhuna, K. (2024). Development of a participatory community-based care model for dependent older adults in Borabue Subdistrict, Borabue District, Maha Sarakham Province. Journal of Nursing and Health Sciences, 4(1): 91–103.
- Suriya, J. (2019). Development of caregiver capacity through community participation in screening for dementia in the elderly. Thai Journal of Nursing, 46(2): 47–58.
- Thai Elderly Research and Development Institute Foundation. (2021). Fall prevention: A handbook for preventing falls in the elderly. Bangkok: Thai Elderly Research and Development Institute Foundation.
- Thongrak, A. (2025). Development of long-term care system for elderly with network participation Nong Bua Lamphu Province. Academic Journal of Community Public Health, 11(2): 137-150.
- Veerawaitaya, W. (2023). Development of a health care model for the elderly based on the New Normal healthy living approach through community and network partner participation in Sam Roi Yot District, Prachuap Khiri Khan Province. Journal of Research for Health Promotion and Quality of Life, 3(1): 1–12.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรง แบบการจัดการรายกรณีโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

Development of a Digital Technology-Based Case Management Model for the Care of Psychiatric and Substance Use Patients SMI-V

วารกรณ์ ภูมิชัย (Waraporn Phumchai) *

Received: Jul 15, 2025 | Revised: Jan 30, 2026 | Accepted: Feb 10, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงก่อความรุนแรง (SMI-V) แบบการจัดการรายกรณีโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ดำเนินการในพื้นที่อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ครอบคลุม 10 ตำบล 11 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระหว่างเดือนมกราคมถึงสิงหาคม 2568 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ Pre-Hospital (การค้นหาและคัดกรองโดยใช้ SMI-V scan และระบบแจ้งเหตุชุมชน) In-Hospital (การรักษาและส่งต่อผ่านระบบ Telepsychiatry) และ Post-Hospital (การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน 5 ธงแดง และการติดตามเยี่ยม 10 ด้าน) ผลการดำเนินงานพบว่าจำนวนผู้ป่วย SMI-V ที่ค้นพบเพิ่มขึ้นจาก 57 เป็น 105 คน (เพิ่มขึ้นร้อยละ 84.2) อัตราการคงอยู่ในระบบการดูแลต่อเนื่องร้อยละ 87.61 อัตราการส่งต่อสำเร็จร้อยละ 100 และอัตราการป้องกันการก่อความรุนแรงร้อยละ 98.90 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาและดูแลผู้ป่วย SMI-V ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในระดับนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน และสนับสนุนการบูรณาการบริการสุขภาพจิตในระบบสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรง, การจัดการรายกรณี, เทคโนโลยีดิจิทัล, การมีส่วนร่วมของชุมชน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสันกำแพง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อีเมล: aomwaraporn14@gmail.com

*Registered Nurse Practitioner San Kamphaeng Hospital, San Kamphaeng District, Chiang Mai Province E-mail: aomwaraporn14@gmail.com

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a case management model for psychiatric, and substance use patients at high risk of violence (SMI-V) using digital technology. The study was conducted in San Kamphaeng District, Chiang Mai Province, covering 10 sub-districts and 11 sub-district health promoting hospitals from January to August 2025. The developed care model comprised three phases: Pre-Hospital (case finding and screening using SMI-V scan and community alert system), In-Hospital (treatment and referral via Telepsychiatry), and Post-Hospital (monitoring 5 red-flag warning signs and 10-dimension follow-up visits). Key outcomes demonstrated substantial improvements: identified SMI-V patients increased from 57 to 105 cases (84.2% increase), retention rate reached 87.61%, referral success rate was 100%, and violence prevention rate was 98.90%. These findings demonstrate that digital technology-enhanced case management can significantly improve identification and continuous care of SMI-V patients. This model provides an evidence-based framework applicable to policy development for SMI-V care systems in similar contexts and supports the integration of mental health services into primary healthcare systems.

Keywords: Psychiatric and Substance Use Patients, SMI-V, Case management, Digital technology, Community participation

บทนำ

ทั่วโลกมีนโยบายในการแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยการให้ประชาชนห่างไกลจากยาเสพติด แต่ยังคงพบว่าประชากรมีความเสี่ยงต่อการเสพติด จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีประชากรทั่วโลกเสพติดประมาณ 270 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5.5 ของประชากรโลก และมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 นอกจากนี้ยังมีประชากรจำนวน 35.6 ล้านคนที่มีความผิดปกติทางจิตจากการเสพติด (World Health Organization, 2024) โรคทางจิตจากการเสพติดเป็นความเจ็บป่วยด้านความผิดปกติในการคิด การรับรู้ อารมณ์ ความรู้สึก การใช้ภาษา และพฤติกรรม ซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยยาและการสนับสนุนทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพ โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการส่งเสริมการรักษา ด้านสถานการณ์ยาเสพติดในประเทศไทย

ยังคงมีแนวโน้มการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น โดยจากรายงานสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดในปี.ศ. 2564 พบว่ามีการจับคดียาเสพติดจำนวน 337,186 คดี มีผู้ต้องหา 350,758 ราย และมีผู้เสพติดต้องเข้ารับการบำบัดรักษาจำนวน 168,576 ราย ข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ในปีงบประมาณ 2565-2567 เท่ากับ 168,071 คน, 389,656 คน และ 706,299 คน ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้สารเสพติด

จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2565-2567 พบ 27,518 คน, 42,851 คน และ 49,090 คน ในพื้นที่อำเภอ

สันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง เพิ่มขึ้นทุกปี เช่นเดียวกัน โดยเท่ากับ 27 คน, 52 คน และ 57 คน ตามลำดับ ซึ่งปัญหาการใช้สารเสพติดอย่างผิดกฎหมาย การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แม้ว่ากรมสุขภาพจิตได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย (V-Care) มาระยะหนึ่งแล้ว แต่ยังประสบข้อจำกัดหลายด้าน เช่นการบูรณาการข้อมูล การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่าย และการเชื่อมโยงบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ จากการศึกษาค้นคว้า พบว่าการจัดการรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบตัวต่อตัวอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ Pre-Hospital ซึ่งเป็นการค้นหาและคัดกรองโดยใช้ SMI-V scan และระบบแจ้งเหตุชุมชน In-Hospital ที่เป็นการรักษาและส่งต่อผ่านระบบ Telepsychiatry รวมถึง Post-Hospital ที่เป็นการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน 5 ธงแดง และการติดตามเยี่ยม 10 ด้าน ด้วยทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sitisan (2023) ที่แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์แนวคิดนี้ช่วยลดผู้ป่วย SMI-V ที่กลับมาก่อเหตุซ้ำจากร้อยละ 110 เหลือร้อยละ 3 ภายใน 3 ปี อย่างไรก็ตามรูปแบบดังกล่าวยังไม่มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนการสื่อสารแบบเรียลไทม์ ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ระบุอย่างชัดเจนว่าการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสุขภาพจะช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการ เพิ่มประสิทธิผลการติดตามอาการ และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (WHO, 2023)

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการปฏิบัติงานที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่มามากกว่า 10 ปี มีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงในพื้นที่รับผิดชอบ จากประสบการณ์การปฏิบัติงาน

พบว่า ปัญหาหลักที่สำคัญคือการไม่มีระบบการติดตามที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งการสื่อสารที่รวดเร็วระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยหลุดออกจากระบบการดูแลและทำให้เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงซ้ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดูแลที่บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับการจัดการรายกรณี เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นระบบ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วย SMI-V มาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีช่องว่างในงานวิจัยที่สำคัญ กล่าวคือ 1). การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดการรายกรณีแบบดั้งเดิมที่อาศัยการติดตามแบบพบหน้าเป็นหลัก ซึ่งมีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและไม่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้ทันท่วงที 2). ยังไม่มีการศึกษาที่บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ากับระบบการจัดการรายกรณีอย่างเป็นระบบในระดับอำเภอ และ 3). ยังไม่มีรูปแบบที่เชื่อมโยงในการค้นหา การคัดกรอง การบำบัดรักษา และการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วย SMI-V อย่างครบวงจรในบริบทของภาคเหนือที่มีลักษณะเฉพาะทั้งด้านภูมิประเทศและวัฒนธรรมชุมชนที่แตกต่างจากภาคอื่นๆ ของประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงตระหนักในความสำคัญดังกล่าว จึงมีความมุ่งมั่นในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบการจัดการรายกรณีโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อเป็นต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรงแบบการจัดการรายกรณีโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) รูปแบบการจัดการรายการนี้โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้มีพื้นฐานทางทฤษฎีน่าเชื่อถือจำนวนมากและหลากหลาย เพื่อให้งานวิจัยนี้ครอบคลุมจึงเริ่มจากการศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการใช้สารเสพติดร่วมหรือที่เรียกว่าภาวะโรคร่วมทางจิตเวช (Psychiatric comorbidity disorder) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทั้งโรคจิตเวชและโรคติดสารเสพติดเกิดขึ้นร่วมกัน โดยการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทำให้เกิดความผิดปกติทั้งด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ผู้ป่วยหลายรายจึงแสวงหาวิธีบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการใช้สารเสพติด ซึ่งแม้ในระยะแรกจะรู้สึกพึงพอใจ แต่ในระยะยาวกลับส่งผลให้ความรุนแรงของโรคทวีคูณมากขึ้น และนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรง (Department of Mental Health, 2018; Sadock et al., 2015) สาเหตุของการเกิดโรคร่วมทางจิตเวชมีหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น พันธุกรรมที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีพ่อแม่ติ่มสุราจะมีโอกาสใช้สารเสพติดสูงกว่าร้อยละ 50 ความผิดปกติของสมองโดยเฉพาะบริเวณ frontal lobe และ temporal lobe รวมถึงวงจรสมองส่วน mesolimbic dopamine system ที่เกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพที่มีความไวต่อความเครียดสูง ความขัดแย้งภายในจิตใจ และความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ผิดปกติตลอดจนปัจจัยทางจิตสังคม เช่น การใช้สารเสพติดเพื่อบำบัดตนเองจากอาการทางจิตที่ทุกข์ทรมาน (Sadock et al., 2015; Stahl, 2021) การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคร่วมทางจิตเวชแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ การบำบัดทางชีวภาพด้วยยาต้านอาการทางจิต

ยาปรับอารมณ์ และยาต้านอาการซึมเศร้า รวมถึงการรักษาด้วยไฟฟ้าในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา และการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งประกอบด้วยหลักการสำคัญ ได้แก่ การบำบัดแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งปัญหาทางกาย ปัญหาทางจิต และปัญหาทางสังคม การบำบัดแบบลำดับขั้นตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพไปจนถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษา การบำบัดด้วยสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการบำบัดระยะยาวที่อาศัยชุมชนเป็นฐาน (Department of Mental Health, 2018; Drake et al., 2004)

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลักที่หมุนเวียนเป็นวงจรต่อเนื่อง ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ รูปแบบการวิจัยนี้เน้นการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่จริงในพื้นที่ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ (Kemmis & McTaggart, 1990)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกหนึ่งกรอบแนวคิดสำคัญ โดยทฤษฎีนี้เน้นบทบาทของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคมในการช่วยเหลือผู้ป่วยควบคู่กับแนวคิดการมีส่วนร่วมที่ให้ความสำคัญกับการเข้ามามีบทบาทของทุกภาคส่วน โดยเริ่มตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน จนถึงการประเมินผล รวมถึงแนวคิดของพยาบาลผู้จัดการรายการ (Case Manager) ที่เป็นผู้ประสานงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนอย่างต่อเนื่อง (House, 1981; CMSA, 2016)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ได้ถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การศึกษา สนับสนุน และชดเชย

ความสามารถในการดูแลตนเองที่ขาดหายไป (Orem, 2001) ขณะที่แนวคิดการประเมินแบบสร้างเสริมพลังอำนาจมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง (Fetterman, 2001)

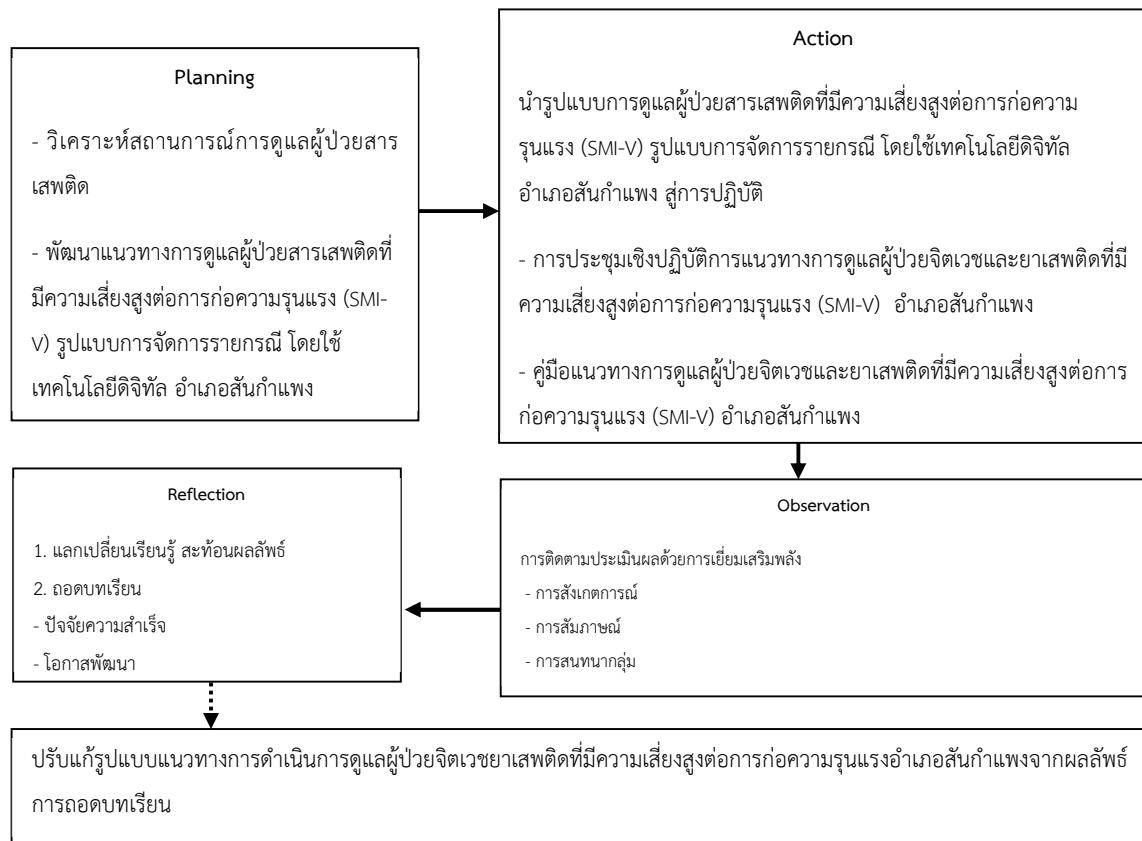
ประเด็นหลักที่สำคัญอีกประการคือการนำเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ ซึ่งหมายรวมถึงการใช้แพลตฟอร์ม ซอฟต์แวร์ และบริการออนไลน์ที่ผสานคอมพิวเตอร์ การเชื่อมต่อ ข้อมูล เซนเซอร์ และปัญญาประดิษฐ์ เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยตามกรอบ CDISAH ขององค์การอนามัยโลก เทคโนโลยีเหล่านี้ครอบคลุมตั้งแต่แอปพลิเคชันสำหรับผู้รับบริการ ระบบ tele-consult สำหรับผู้ให้บริการ ระบบจัดการข้อมูลสำหรับผู้บริหาร ไปจนถึงโมเดล AI สำหรับคาดการณ์ความเสี่ยง อย่างไรก็ตามในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลต้องคำนึงถึง ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงและความเสี่ยงด้านความปลอดภัยไซเบอร์ (WHO, 2023)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของชุมชนล้วนมีประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสำเร็จ ได้แก่ การใช้ชุมชนเป็นฐาน การส่งเสริมศักยภาพผู้นำชุมชน การให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเข้มข้น และการสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยในชุมชน (Wachiradilok et al., 2020;

Jansam, 2022; Sitsan, 2023) กรอบแนวคิดทั้งหมดนี้ถูกนำมาบูรณาการเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม การดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care theory) พยาบาลผู้จัดการรายกรณี โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) การประเมินผลและสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติ หรือ action research ตามแนวคิดของ Kemmis (1990) ซึ่งมีกระบวนการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน หรือ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน (Planning: P) การปฏิบัติตามแผน (Action: A) การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observation: O) และการสะท้อนผล (Reflection: R) ซึ่งกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นกระบวนการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการในพื้นที่อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ครอบคลุม 10 ตำบล และ 11 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนสิงหาคม พศ. 2568



วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด โดยพิจารณาจากความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการดำเนินการในพื้นที่ ประกอบกับหลักการของการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นความอิ่มตัวของข้อมูล (Data saturation) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 1). ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีประวัติก่อความรุนแรง (SMI-V) ในระบบข้อมูล HDC อำเภอสันกำแพง 2). ผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย จำนวน 15 คน และ 3) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 11 คน ภาควิชาเครือข่ายจำนวน 11 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria): ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางจิตเวชสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อ

การก่อความรุนแรง (SMI-V) มีประวัติรักษาเป็นผู้ป่วยในผู้ดูแลขาดศักยภาพในการดูแล มีประวัติใช้สารหรือสารเสพติด มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว และญาติ/ผู้ดูแล/ผู้ป่วยสมัครใจให้ความร่วมมือ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria): ผู้ป่วยมีอาการทางจิตปรากฏชัดเจน หูแว่ว ภาพหลอน การรับรู้ผิดปกติและมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) ระยะเวลา 2 เดือน: วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ใช้การสนทนากลุ่มและเทคโนโลยีดิจิทัล ประเมินการมีส่วนร่วมโดยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้มีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่มระยะนี้ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มที่ 2 (ผู้ดูแลหรือญาติ

ผู้ป่วย) และกลุ่มที่ 3 (ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย) ได้แก่ บุคลากรด้านการแพทย์ พยาบาล ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้องจาก 10 ตำบล ๆ ละไม่น้อยกว่า 5 คน

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ระยะเวลา 3 เดือน: จัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ ได้แก่ อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนทางจิตและปัจจัยกระตุ้นสำหรับผู้ป่วย คัดเลือกจากผู้ป่วย SMI-V ที่ลงทะเบียนในระบบ HDC ตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด โดยพิจารณาจากความพร้อมในการเข้าร่วม อาการทางจิตคงที่ และความสมัครใจของผู้ป่วยและญาติ จำนวน 20 คน และผู้ดูแล จำนวน 15 คน อบรมภาคีเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วย SMI-V จำนวน 11 คน และนำรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) ระยะเวลา 2 เดือน: เข้าร่วมสังเกตการณ์การนิเทศตรวจเยี่ยม การสนับสนุน การให้คำแนะนำ เก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงาน และร่วมประชุมผลการปฏิบัติงานกับภาคีเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วย SMI-V จำนวน 11 คน

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ระยะเวลา 1 เดือน: ถอดบทเรียนเพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลในการพัฒนารูปแบบการดูแล โดยการสนทนากลุ่มย่อยและสัมภาษณ์ เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อสรุป และข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย บุคลากรด้านการแพทย์ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจาก 10 ตำบลในอำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ตำบลละไม่น้อยกว่า 5 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตำรวจชุมชน เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและครอบคลุมทุกภาคส่วนในชุมชน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1.1 แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview): สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) ครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก 1). สถานการณ์ปัจจุบัน 2). บทบาทผู้เกี่ยวข้อง 3). ปัญหาและอุปสรรค และ 4). แนวทางการพัฒนา

1.2 แนวทางการสังเกต (Observation Guide): ใช้สังเกตพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องในประเด็นการมีส่วนร่วม บทบาทหน้าที่ และผลการดูแลที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เชิงปริมาณ เป็นแบบประเมินมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิตที่ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแล้ว เพื่อวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังการพัฒนา ประกอบด้วย

2.1. แบบทดสอบความรู้ 5 Red Flags: วัดความเข้าใจเรื่องอาการเตือนทางจิต จำนวน 5 ข้อ

2.2 แบบประเมิน PVSS: วัดระดับความรุนแรงของพฤติกรรมก่อความรุนแรง จำนวน 9 ข้อ

2.3 แบบติดตามผู้ป่วย 10 ด้าน: ติดตามอาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน จำนวน 10 ข้อ

3. เทคโนโลยีดิจิทัลที่ใช้ในการศึกษา คือ

application Line โดยจิตแพทย์ใช้ Video call ในการประเมินอาการผู้ป่วยสารเสพติดและให้การรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงก่อนที่อาการผู้ป่วยจะกำเริบ และมีการแชร์ตำแหน่งจุดเกิดเหตุในกลุ่มเครือข่ายผู้ดูแลให้ทราบสถานการณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1: การเตรียมการและพหุศาสตร์สิทธิ์ (Pre-Development)

1. การขออนุมัติ: ทำบันทึกขอจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลสันป่าตอง (แม่ข่ายโซน 3) และขออนุญาตเก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ทั้งจากเวชระเบียนและทีมที่เกี่ยวข้อง

2. การเตรียมทีม: ชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีใช้เครื่องมือ การบันทึกข้อมูล และเน้นย้ำเรื่องจริยธรรม/การรักษาความลับ

3. การแจ้งแหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง: ชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัย และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ขอความสมัครใจในการบันทึกภาพและเสียง การคุ้มครองข้อมูล: ข้อมูลรายบุคคลจะเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยหลักเท่านั้น และการนำเสนอผลจะทำในภาพรวมเพื่อไม่ให้ระบุตัวตนได้

ระยะที่ 2: การดำเนินการวิจัย (Action Research Process)

1. การวางแผน (Planning) - 3 เดือน
วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และอุปสรรค โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม / ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยในการประสานงานและเก็บข้อมูลเบื้องต้น / เครื่องมือ: สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มตัวอย่างจาก 10 ตำบล (ตำบลละอย่างน้อย 5 คน) ครอบคลุมผู้บริหารโรงพยาบาลจิตเวช ปลัดอำเภอ อสม. และผู้ดูแล

2. การปฏิบัติการ (Action) - 3 เดือน
จัดกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ 3 กิจกรรมหลัก:

2.1 อบรมผู้ป่วย/ผู้ดูแล: เน้นเรื่องอาการเตือน (5 Red Flags) และปัจจัยกระตุ้นความรุนแรง

2.2 อบรมภาคีเครือข่าย: พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย SMI-V ในชุมชน

2.3 ทดลองใช้รูปแบบการดูแล: พัฒนาระบบเฝ้าระวังในชุมชน, ระบบดูแลใน รพ.สันกำแพง และระบบส่งต่อ/ติดตามผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลผสมผสาน

3. การสังเกตการณ์ Observation - 1

เดือน

3.1 ผู้วิจัยเข้าร่วมสังเกตการณ์การนิเทศตรวจเยี่ยมและสนับสนุนทีมในพื้นที่

3.2 เก็บรวบรวมผลจากการปฏิบัติงานจริงและบันทึกประเด็นสำคัญ

4. การสะท้อนผล (Reflection) - 1

เดือน

4.1 ถอดบทเรียน: สนทนากลุ่มย่อยและสัมภาษณ์เพื่อหาปัจจัยความสำเร็จ (Success Factors)

4.2 วิเคราะห์หาจุดแข็งเพื่อเสริมพลัง (Empowerment) และจุดอ่อนนำไปปรับปรุงแก้ไข

ระยะที่ 3: ระยะหลังการพัฒนา (Post-Development) เป็นการสรุปผลและประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น:

1. การเก็บข้อมูลหลังพัฒนา: รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพหลังจากการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับเทคโนโลยีดิจิทัล

2. การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล: ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลรายบุคคล หากไม่สมบูรณ์จะติดตามเร่งด่วน หรือคัดออกหากไม่สามารถ

หาข้อมูลเพิ่มเติมได้ เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความแม่นยำสูงสุด

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

นำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จริงจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แพทย์จิตเวชชุมชนที่รับผิดชอบงานยาเสพติด และนักจิตวิทยาที่รับผิดชอบดูแลบำบัด ได้ค่า CVI ในทุกข้อคำถามมากกว่า 0.75 สำหรับแบบทดสอบความรู้ 5 Red Flags แบบประเมิน PVSS และแบบติดตามผู้ป่วย 10 ด้าน เป็นแบบประเมินมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิตที่ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแล้ว จึงไม่ได้ทำการทดสอบซ้ำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) มีขั้นตอนการวิเคราะห์ ดังนี้

- 1). การถอดความการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มทั้งหมดเป็นลายลักษณ์อักษร
- 2). การอ่านทบทวนข้อมูลทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม
- 3). การกำหนดรหัส (Coding) โดยจำแนกข้อความที่มีความหมายคล้ายคลึงกันออกเป็นกลุ่ม
- 4). การจัดกลุ่มรหัสเข้าด้วยกันเป็นหมวดหมู่ย่อย (Sub-categories) และหมวดหมู่หลัก (Categories)
- 5). การพัฒนาประเด็นหลัก (Themes) จากการสังเคราะห์หมวดหมู่ที่เกี่ยวข้อง และ
- 6). การตรวจสอบความน่าเชื่อถือโดยนำผลการวิเคราะห์เบื้องต้นให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันความ

ถูกต้อง (Member checking) ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีสามเส้า (Triangulation)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วย SMI-V อำเภอสันกำแพง (ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 1)

จากการศึกษาพบว่าสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้น การเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ส่วนใหญ่มีประวัติ SMI-V2 คือทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตในชุมชน จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 87.71 รองลงมาคือ SMI-V1 มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 5.26 และ SMI-V4 เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.50 และประชาชนยังมีความกลัวและวิตกกังวลต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำให้ไม่กล้ามีส่วนร่วมในการดูแล ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างว่า "...กลัวร้าย วุ่นวาย อาละวาด คนโรคจิตเล่นยา ขาดการรักษา ไม่มีคนดูแล ญาติครอบครัวเบื่อหน่าย ชุมชนหวาดกลัว..." ระบบการดูแลยังจำกัดอยู่ที่หน่วยงานสาธารณสุข ไม่มีระบบการค้นหาผู้ป่วยใหม่ ระบบรับแจ้งเหตุ หรือการจัดการภาวะฉุกเฉินที่ชัดเจน และพบความยุ่งยากของการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเฉพาะทาง

2. รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น (ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 2)

จากการระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V แบบการจัดการรายกรณีโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Pre-Hospital มีการจัดตั้งคณะทำงานระดับตำบล ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ SMI-V scan จำแนกตามระดับความรุนแรง (สีเขียว สีเหลือง สีแดง) มีระบบแจ้งเหตุในชุมชน

ช่องทางให้คำปรึกษาผ่าน LINE Official และระบบบริการภาวะฉุกเฉินเชื่อมต่อกับ สภอ.สันกำแพง 191 และ 1669

ขั้นตอนที่ 2 In-Hospital การใช้ระบบการดูแลและรับส่งต่อผู้ป่วยของสถานพยาบาลแต่ละระดับ มีระบบปรึกษาจิตแพทย์ผ่าน Telepsychiatry/Telemedicine/HOMEWARD และ/บำบัด/รักษา/ส่งต่อ และประสานเตรียมครอบครัวและชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 Post-Hospital การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน 5 ธงแดง ปัจจัยกระตุ้น 2 ย 1 ส (ญาติดูแลดี ได้รับยาต่อเนื่อง ไม่ใช้สารเสพติด) ติดตามเยี่ยม 10 ด้าน โดยกลไก พชอ. และบริการฟื้นฟูในชุมชน (CBTx) หรือส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม

3. ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแล (ตอบวัตถุประสงค์ข้อ 3)

หลังการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบผลลัพธ์ที่สำคัญดังนี้:

ตารางที่ 1 แสดงผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วย SMI-V

ตัวชี้วัด	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
จำนวนผู้ป่วย SMI-V ที่ค้นพบ (คน)	57	105
อัตราการคงอยู่ในระบบการดูแลต่อเนื่อง (Retention Rate) (%)	-	87.61
อัตราการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนไปโรงพยาบาลสำเร็จ (%)	-	100.00
อัตราไม่เกิดอุบัติเหตุการรณรงค์ความรุนแรง (%)	-	98.90

จากตารางที่ 1 พบว่าหลังการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลลัพธ์หลักทุกด้านดีขึ้นอย่างชัดเจนโดยเฉพาะจำนวนผู้ป่วย SMI-V ที่สามารถค้นพบเพิ่มขึ้นได้มากกว่าเกือบสองเท่า แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของระบบการค้นหาที่ครอบคลุมมากขึ้นจากการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างชุมชนและสถานบริการ ทั้งยังพบว่าอัตราการคงอยู่ในระบบการดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับสูง สะท้อนความสำเร็จของการติดตามเยี่ยมบ้านและการใช้ระบบสัญญาณเตือน 5 ธงแดง รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยจากชุมชนไปโรงพยาบาลสำเร็จทุกราย และยังพบว่าอัตราการป้องกันการก่อความรุนแรงอยู่ในระดับสูงมาก มีผู้ป่วยเพียง 1 รายที่มีการทะเลาะวิวาททำร้ายร่างกายมารดาจากการกลับไปใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นกรณีผู้ป่วยขาดการติดตามต่อเนื่องในช่วงเทศกาล

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. นโยบายของผู้บริหารที่ให้ความสำคัญ และมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง
2. กลไกการขับเคลื่อนผ่านศูนย์ประสานงานป้องกันและแก้ปัญหาอาชญากรรมในระบอบอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และชุดปฏิบัติการหมู่บ้าน
3. แนวทางการดำเนินงานที่สร้างความเข้าใจให้ชุมชนมีส่วนร่วม คิด ร่วมพัฒนา
4. การสร้างขวัญกำลังใจโดยการเชิดชูเกียรติผู้ปฏิบัติงาน

อภิปรายผล

ประสิทธิผลของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการค้นหาและติดตามผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรงแบบการจัดการรายกรณีโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยจำนวนผู้ป่วย SMI-V ที่ค้นพบเพิ่มขึ้นจาก 57 คน เป็น 105 คน สอดคล้องกับการศึกษาของ Dana (2021) ที่พบว่าการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อโดยการระดมการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับตั้งแต่ชุมชนถึงจังหวัด ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงระบบบริการได้รวดเร็วและเพิ่มขึ้น

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสื่อสารและประสานงาน เช่น LINE Official, Telepsychiatry และระบบแจ้งเหตุผ่าน 191/1669 สามารถช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการและเพิ่มประสิทธิผลการติดตามอาการ สอดคล้องกับข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ที่ระบุว่าการใช้ดิจิทัลสุขภาพจะช่วยลดช่องว่างการเข้าถึงบริการ เพิ่มประสิทธิผลการติดตามอาการ และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของชุมชนและความยั่งยืนของการดูแลต่อเนื่อง

อัตราการคงอยู่ในระบบการดูแลต่อเนื่อง (Retention Rate) สูงถึงร้อยละ 87.61 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jansam (2022) ที่พบว่าระดับความรู้เรื่องโรคจิตเวชสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Siritheptawee et al. (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับระบบการดูแล

ต่อเนื่องมีความถี่ของการเกิดอาการกำเริบและการก่อความเสี่ยงทางจิตเวชน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการปกติอย่างมีนัยสำคัญ

การที่ไม่เกิดอุบัติการณ์ความรุนแรงพบมากถึงร้อยละ 98.90 สะท้อนถึงประสิทธิผลของการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน 5 ธงแดง และการติดตามปัจจัยกระตุ้น 2 ย 1 ส สอดคล้องกับการศึกษาของ Sitisan (2023) ที่พบว่าการประยุกต์แนวคิดการจัดการรายกรณีช่วยลดผู้ป่วย SMI-V ที่กลับมาก่อเหตุซ้ำจากร้อยละ 110 เหลือร้อยละ 3 ภายในสามปี

บทบาทการจัดการรายกรณีและนัยสำคัญเชิงนโยบาย

บทบาทของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เป็นหัวใจสำคัญในการประสานงานตลอดเส้นทาง Pre-Hospital, In-Hospital และ Post-Hospital สอดคล้องกับการศึกษาของ Wachiradilok et al. (2023) ที่พบว่าบทบาทพยาบาลจิตเวชในการจัดการข้อมูล สร้างทีม พัฒนาคน และสร้างเครือข่ายในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น ลดการกลับเป็นซ้ำ และลดภาระการดูแลของครอบครัว

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ 1). การวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เพียงแห่งเดียวซึ่งอาจจำกัดความสามารถในการนำผลการศึกษาไปใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน 2). รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ทำให้ไม่สามารถอ้างความสัมพันธ์เชิงเหตุผลได้อย่างชัดเจน และ 3). ระยะเวลาการติดตามประเมินผลค่อนข้างสั้น เพียง 8 เดือน อาจไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว นอกจากนี้ยังพบข้อจำกัดด้านการปฏิบัติ ได้แก่ ระบบการรับ

ส่งต่อไปโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีเงื่อนไขค่อนข้างยุ่งยาก ความสามารถในการเข้าถึงยาเสพติดและสารกระตุ้นได้ง่ายในชุมชน และการติดยาที่ยังคงเป็นอุปสรรคในการให้โอกาสผู้ป่วยทำงานและใช้ชีวิตในชุมชน ซึ่งต้องมีการพัฒนาต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สรุป

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรงแบบการจัดการรายกรณีโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ Pre-Hospital (การค้นหา คัดกรอง และจัดการภาวะฉุกเฉินในชุมชน), In-Hospital (การดูแลรักษาและส่งต่อผ่านระบบ Telepsychiatry) และ Post-Hospital (การเฝ้าระวังและติดตามในชุมชน) สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย SMI-V อัตราการคงอยู่ในระบบการดูแลต่อเนื่องถึงร้อยละ 87.61 การส่งต่อผู้ป่วยสำเร็จร้อยละ 100 และลดการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยไม่เกิดอุบัติเหตุการก่อความรุนแรงถึงร้อยละ 98.90 ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือนโยบายของผู้บริหาร กลไกการขับเคลื่อนผ่าน พชอ. และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการและนโยบาย

1. การพัฒนาระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดให้การบำบัดรักษาแบบไร้รอยต่อ
2. การพัฒนา ER คุณภาพ และการดูแลผู้ป่วยใน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดระยะ Acute และ Sub-Acute ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การสร้างการรับรู้เรื่องการสื่อสารเชิงบวกในวงกว้างแก่ครอบครัวและชุมชน
4. การสร้างระบบการค้นหา คัดกรอง เฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและอาการกำเริบอย่างสม่ำเสมอ

5. พัฒนาการส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมดำเนินการดูแลช่วยเหลือด้านการทำงานและการใช้ชีวิตในสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ให้การสนับสนุน และให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูลในงานวิจัย ผู้ที่มีส่วนช่วยเหลือในการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยที่คลินิกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลสันกำแพงแขนงจิตเวชชุมชน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวก ให้ความร่วมมือและสนับสนุนอย่างยิ่ง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ SPT REC 014/2568

เอกสารอ้างอิง

- Case Management Society of America. (2016). **Standards of Practice for Case Management (4th ed.)**. Little Rock, AR: CMSA.
- Dana, K. (2021). **Development of the Roles for Psychiatric Patients Care among Family Caregivers and Partnership Networks in the Community**. Journal of Health Science of Thailand, 30(3): 406–414.
- Department of Mental Health. (2018). **Guidelines for caring psychiatric patients with high risk of violence**

- for institutes/hospitals under the Department of Mental Health. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Department of Mental Health. (2023). **Report on the situation of psychiatric and drug-addicted patients at risk of violence (SMI-V) 2020-2023**. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., Brunette, M.F., McHugo, G.J. (2004). **A Review of Treatments for People with Severe Mental Illnesses and Co-occurring Substance Use Disorders**. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4): 360-374.
- Fetterman, D.M. (2001). **Foundations of Empowerment Evaluation**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- House, J.S. (1981). **Work Stress and Social Support**. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jansam, S. (2022). **Development of a Seamless Psychiatric Care Service System in the Service Area, Yasothon Province**. *Journal of Health Science of Thailand*, 31(Supplement 1): 74-84.
- Kemmis, S., McTaggart, R. (1990). **The Action Research Planner (3rd ed.)**. Victoria: Deakin University.
- Office of the Narcotics Control Board. (2021). **Thailand Narcotics Control Annual Report 2021**. [online]. Retrieved January 10, 2025 from <https://www.oncb.go.th/result-prevent>
- Orem, D.E. (2001). **Nursing: Concepts of Practice (6th ed.)**. St. Louis, MO: Mosby.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2015). **Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences /Clinical Psychiatry (11th ed.)**. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Siritheptawee, M., Wattanagaroorn, P., Suravarangkul, J., Chumsuk, K., Dudsedeeprasert, J., Witoonchart, P. (2018). **Cost-Effectiveness Analysis of Continuity of Care System in Severe Mental Illness High Risk to Violence Patients at Primary Care Setting vs Routine Service System**. *Research Medical Journal*, 41(2): 25-30.
- Sitisan, L. (2023). **Caring Model Development for Serious Mental Illness High Risk to Violence (SMI-V) with Community Participation: A Case Study of One District, Thailand**. *Krabi Medical Journal*, 6(2): 32-40.
- Stahl, S.M. (2021). **Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications (5th ed.)**. Cambridge: Cambridge University Press.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). **World Drug Report 2022**. [online]. Retrieved January 10, 2025

- from <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>
- Wachiradilok, P., Douthipsirikul, S., Sirisamutr, T., Neungaud, A. (2020). **Seamless and Integrated Emergency Medical Services System for Mental Health Crisis Patients in Thailand.** Journal of Health Systems Research, 17(2): 264-278.
- World Health Organization. (2020). **Operational framework for primary health care: Transforming vision into action.** Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). **Classification of digital interventions, services and applications in health (2nd ed.).** Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2024). **Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders.** Geneva: World Health Organization.

