



PCFM

Vol. 9 No. 4 Jul - Aug 2026

ISSN 3057-1928 (online)

Health Literacy and Access to Care



สุขภาพดีเริ่มต้นที่ความเข้าใจและการเข้าถึง

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว
Journal of Primary care and family Medicine

PCFM 2569;9(4): ก.ค.-ส.ค.

บทบรรณาธิการ

- การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงการคุณภาพการดูแลสุขภาพ 382
สตาจค์ ศุภผล

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม 384
การมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป
เขตเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย
ทวิช ศรีเกษม
- การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ 395
ของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมือง
ศุภาพิชญ์ ตันวัฒนเสรี, อริศรา ศิริวิริยะกุล
- ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับระดับความพึงพอใจในชีวิต 406
ของผู้สูงอายุเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง
นวพรรษ จันทรค์ติ, นันทวัฒน์ เลิศเจริญวงศ์
- ผลของการใช้สมุดรายการยาในการปรับยาด้วยความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วย 418
โรคเรื้อรังที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
เกริกกาญจน์ พลวิพัฒนกุล
- ประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 426
ในการให้บริการการรักษาโรคสู่ระยะสงบในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ภายใต้ หน่วยบริการปฐมภูมิ
นราวุฒิ ศรีพะเนิน, ศรวัสส์ แสงแก้ว, นล เลขยานนท์
- การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 434
ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยใช้ NCDx model : กรณีศึกษา
เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง
ลาลิน ประสงค์ศิลป์

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจเชื้อจากเสมหะไม่ครบและความสำเร็จ
ในการรักษาวัณโรคปอด

ณิชารัฐ สว่างโรจน์, ภัลลญา เจริญวานิช, ธรรมสรณ์ จีระอำพรวัฒน์

442
- การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครปฐม

สุภัทร กตัญญูทิศา, เอกลักษณ์ เอี่ยมประดิษฐ์, จารุวัจน์ ธัญธรวิวัฒน์

452
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

พาวิณา ยางหาด, ณฐา เมธาบุษยาธร

466
- การเปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่าง
คลินิกหมอครอบครัวกับหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม อำเภอพระนครศรีอยุธยา

นิติ อารมณชื่น

478
- ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานปัญหาคลื่นไส้สาวะไม่อยู่
ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

นภัสวรรณ เนตินิยม, สุวรรณี สุระเศรษฐีวงศ์, เกียรติยศ กุลเดชชัยชาญ,
วัตติกา ฐานไชยยิ่ง, มณีนุช พงษ์ขวัญ

489
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน
ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี
โดยการสัมภาษณ์ผ่านแบบสอบถาม

ธนิศรา ลิ้มปর্ণกุล, กฤดา เอื้อกฤดาธิการ

500

Content

PCFM

PCFM 2026;9(4): Jul - Aug

EDITORIAL

- **Health Literacy and Access to Quality of Care** 382
Satang Supapon

ORIGINAL ARTICLES

- **A Comparative Study of Health Belief Model Factors and Diabetes Screening Behaviors among People Aged 35 and Over in Loei Municipality, Mueang District, Loei Province** 384
Tawit Srikasem
- **Assessment of Health Literacy Level and Associated Factors Among Urban Adult Population in Thailand: A Cross Sectional Study** 395
Suphaphit Tanwatanaseree, Arissara Siriwiriyakul
- **Association Between Perceived Health Status and Life Satisfaction Among Urban Older Adults with Non-Communicable Diseases: A Cross-Sectional Study** 406
Nawapat Chankati, Nantawat Lertcharoenyong
- **Effect of Medication Album and Medical Adherence in Patients with Chronic Disease in Primary Care** 418
Krirkkarn Polwipathanakul
- **Effectiveness of Intensive Behavior Intervention for Type 2 Diabetes Patients in NCD Remission Services Under Primary Care** 426
Narawoot Sripanern, Sorawat Sangkaew, Nol Lekhyananda
- **Development of a Community Participation Model for the Care of Uncontrolled Diabetes Patients Using the NCDx Model: A Case Study in a Primary Care Network, Mueang Rayong District, Rayong Province** 434
Lalin Prasongsilp
- **Association Between Incomplete Sputum Smear Monitoring and Treatment Success in Pulmonary Tuberculosis** 442
Nicharat Sawangroj, Patchaya Jaroenwanit, Thammasorn Jeeraaumponwat

ORIGINAL ARTICLES

- **Development of a Tuberculosis Screening Service Access Model for Household Contacts through Community Participation in Nakhon Pathom Province** 452
Supat Katunyutita, Akkalak Aiempredit, Jaruwat Tanantornviwat
- **Factors Related to Access to Health Services for the Elderly in Kabang Subdistrict, Kabang District, Yala Province** 466
Faveena yanghad, Natha Methabutsayathon
- **Comparison of Accessibility to Health Services of the Elderly Between Primary Care Cluster and Previous Primary Care Unit, Phranakhon Si Ayutthaya District** 478
Niti Aromchuen
- **Prevalence and Risk Factors Associated with Underreported Urinary Incontinence Among Female Patients with Type 2 Diabetes Mellitus** 489
Napasawan Natiniyom, Suwannee Suraseranivongse, Kaittiyos Kuldejchaichan, Wittika Tanchaiying, Maneeya Pongkwan
- **Factors Associated with Activities of Daily Living of Stroke Patients for Intermediate Care of Home Health Care Program in Sub-District Health Promoting Hospital of Mueang District, Suratthani, Questionnaire-Interview Study** 500
Thanissara Limpakornkul, Krida Uakridathikarn



The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

ที่ปรึกษา (Advisor)

พญ. สุพัตรา ศรีวณิชชากร

พญ. สายรัตน์ นกน้อย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

รศ.ดร.นพ. ชัยสิริ อังกระวานนท์

นพ. สดาศ์ ศุภผล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โรงพยาบาลขอนแก่น

รองบรรณาธิการ (Editors)

รศ.ดร.พญ. ชาญรัตน์ โนนทัยสินทวี

รศ.ดร.พญ. กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์

รศ.นพ. กรภัทร มยุระสาคร

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศ.ดร.นพ. อภิชัย วรรณะพิศิษฐ์

รศ.พญ. สรญา แก้วพิบูลย์

รศ.ดร.พญ. ศิรินาถ ตงศิริ

ผศ.นพ. กฤษณะ สุวรรณภูมิ

ผศ.นพ. นนท์ ไสวณะ

ผศ.นพ. กิตติพล นาควิโรจน์

ผศ.ดร. ภัทระ แสนไชยสุริยา

ดร. สุรศักดิ์ อธิคิมานนท์

อ.นพ. อรรถกร รักษาสัตย์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น



The Journal of Primary Care and Family Medicine

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

นพ. วิจารณ์ศักดิ์ ทองคำเจริญ

พญ. สุกัญญา หังสพฤกษ์

พญ. อรุณี ทิพย์วงศ์

พญ. สุดารัตน์ วิจิตรเศรษฐกุล

พญ. อรวรรณ ตะเวทิพงศ์

พญ. ศิริภา ศิริพร ณ ราชสีมา

ดร.นพ. วิน เตชะเคหะกิจ

ทพญ. ปิยะดา ประเสริฐสม

ภก. จตุพร ทองอิม

ภก. ชีรภัทร์ ฉันทพันธุ์

นส. ผกัรัตน์ ฤทธิศรีบุญ

โรงพยาบาลแม่สอด

โรงพยาบาลหนองคาย

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

โรงพยาบาลราชบุรี

โรงพยาบาลเขาย้อย

โรงพยาบาลขอนแก่น

โรงพยาบาลลำปาง

ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โรงพยาบาลตราด

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน

บทบรรณาธิการ

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงการคุณภาพการดูแลสุขภาพ Health Literacy and Access to Quality of Care

สตางค์ ศุภผล

บรรณาธิการวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

บทนำ

“...อุตสาหกรรมยาเบาหวาน ความดันแล้ว แต่ก็ยังเป็นโรคที่อยู่ โขคร้ายจริง”

วาทกรรมสะท้อนความเข้าใจผิดข้างต้นเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ยินอยู่เสมอในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs)

ผู้ป่วยจำนวนมากมีความเชื่อฝังหัวว่า “ยาแผนปัจจุบันคือ สารเคมีสะสมที่ทำลายไต” จึงเลือกที่จะหยุดยาหรือลดขนาดยาเอง โดยหารู้ไม่ว่าประสิทธิภาพของระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่างหาก คือ ตัวการหลักที่ทำให้ลายหลอดเลือดฝอยในไตจนนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease, ESRD)^{1,2}

ปรากฏการณ์นี้ไม่ได้เป็นเพียงความล้มเหลวของการสื่อสาร แต่เป็นภาพสะท้อนชัดเจนของ “ภาวะขาดความรู้ด้านสุขภาพ” (health illiteracy) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญที่บั่นทอนการเข้าถึงคุณภาพการดูแลสุขภาพอย่างแท้จริง

มโนทัศน์ความรู้ด้านสุขภาพกับการจัดการโรคเรื้อรัง

ความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ตามนิยามขององค์การอนามัยโลกและ Nutbeam ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงแค่การอ่านออกเขียนได้ทางการแพทย์ แต่ครอบคลุมถึงความสามารถทางปัญญาและสังคมในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง³ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ:

1. ความรู้ขั้นพื้นฐาน (functional health literacy): ความสามารถในการอ่านฉลากยา ปฏิบัติตามคำ

สั่งการรักษาขั้นพื้นฐาน

2. ความรู้เชิงปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy): ความสามารถในการดึงข้อมูล สื่อสาร แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และปรับใช้คำแนะนำทางการแพทย์ร่วมกับทีมผู้ให้การรักษา

3. ความรู้เชิงวิเคราะห์ (critical health literacy): ความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูล แยกแยะความเชื่อผิด ๆ ตระหนักถึงความเสี่ยง และตัดสินใจเชิงนโยบายหรือพฤติกรรมเพื่อควบคุมสุขภาพตนเองในระยะยาว

เมื่อผู้ป่วยขาดความรู้ในระดับปฏิสัมพันธ์และวิเคราะห์ “การได้รับสิทธิรักษาพยาบาล (coverage) จึงไม่เท่ากับการเข้าถึงคุณภาพการรักษา (effective access)”⁴ เพราะแม้ระบบหลักประกันสุขภาพจะจัดหายาและเครื่องมือที่ทันสมัยไว้รองรับ แต่หากผู้ป่วยไม่เข้าใจกลไกของโรคและประโยชน์ของการควบคุมความดัน-น้ำตาล ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) ก็จะไม่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) ล้มเหลว^{1,4}

ตัวอย่างกลยุทธ์การแก้ไขปัญหาเชิงรูปธรรม: จากความเชื่อผิดสู่การปฏิบัติจริง

การแก้ปัญหาความเข้าใจผิดและการยกระดับคุณภาพการรักษา จำเป็นต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนเชิงระบบและการสื่อสารอย่างเป็นรูปธรรม ตัวอย่างเช่น

- การสื่อสารผ่านเทคนิคการทวนซ้ำความเข้าใจ (teach-back technique): แทนที่แพทย์หรือพยาบาลจะถามเพียงว่า “เข้าใจไหม?” ควรเปลี่ยนเป็น “ช่วยเล่าให้หมอฟังหน่อยครับว่า หากกลับไปบ้านจะทานยา

อย่างไร และยานี้ช่วยปกป้องไตของคุณอย่างไร” วิธีนี้ช่วยระบุช่องว่างความเข้าใจผิดได้ทันที และงานวิจัยยืนยันว่าช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ⁵

- การใช้อุปมาอุปไมยทางการแพทย์ (medical analogies): ปรับการอธิบายเชิงพยาธิสรีรวิทยาให้เห็นภาพชัดเจน เช่น การเปรียบเทียบว่า “น้ำตาลและความดันสูงเปรียบเสมือนน้ำที่มีเม็ดทรายไหลเชี่ยวกรากผ่านท่อไตทุกวัน ทำให้ตัวกรองไตสึกกร่อน ส่วนยาความดันและเบาหวานทำหน้าที่เหมือนเขื่อนชะลอแรงน้ำและตะกอนทรายเพื่อยืดอายุไต ไม่ใช่สารพิษตกค้าง”

- การสร้างเครื่องมือแสดงผลลัพธ์สุขภาพแบบเห็นภาพ (visualized health feedback): จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยหรือหน้าจอแอปพลิเคชันที่แสดงกราฟค่า eGFR (อัตราการกรองของไต) คู่ขนานกับค่า HbA1c และระดับความดันโลหิต การชี้ให้เห็นว่า “ช่วงที่หยุดยา ความดันพุ่งสูง และค่าการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว” จะช่วยเปลี่ยนความเชื่อแบบนามธรรมให้กลายเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผู้ป่วยประเมินได้เอง

- การพัฒนาองค์กรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization): สถานพยาบาลต้องปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ ลดการใช้ศัพท์เทคนิค (medical Jargon) และจัดตั้ง “คลินิกชะลอไตเสื่อมแบบสหสาขาวิชาชีพ” (Multidisciplinary CKD Clinic) ที่ผสมผสานการทำงานระหว่างแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักกำหนดอาหาร เพื่อสนับสนุนทักษะการจัดการตนเอง (self-management support) แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล⁶

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่เพียงการถ่ายทอดข้อมูลทางเดียว แต่คือการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้ผู้ป่วยตระหนักว่าสุขภาพของตนไม่ได้ขึ้นอยู่กับโชคชะตา หากแต่อยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เมื่อผู้ป่วยก้าวข้ามความเข้าใจผิดเรื่องผลข้างเคียงของยา และร่วมมือในการรักษาอย่างมีเป้าหมาย ระบบสาธารณสุขจึงจะสามารถส่งมอบคุณภาพการรักษาที่แท้จริง ลดภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาภาวะแทรกซ้อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างยั่งยืน.

เอกสารอ้างอิง

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2026 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney. 2026.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
3. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15:259-67.
4. Oguntibeju OO. Health literacy and impact on health outcomes, barriers and gaps: Systematic review. Int J Res Bus Soc Sci. 2026;14:552-62.
5. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, Wang F, Wilson C, Daher C, et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Arch Intern Med. 2003;163:83-90.
6. Brach C, Keller D, Hernandez LM, Baur C, Parker R, Dreyer B, et al. Ten attributes of health literate health care organizations. Washington (DC): Institute of Medicine; 2012.

ORIGINAL ARTICLE

A Comparative Study of Health Belief Model Factors and Diabetes Screening Behaviors among People Aged 35 and Over in Loei Municipality, Mueang District, Loei Province

Tawit Srikasem, M.D., Dip Thai Board of OB-GYN

Loei Hospital, Loei Province, Thailand

Corresponding author :

Tawit Srikasem, M.D.,
Loei Hospital, 32/1 Maliwan
Road, Kut Pong Subdistric,
Mueang Loei Distric,
Loei 42000, Thailand
Email: clinicdrtawit178@gmail.
com

Received: December 27, 2025;

Revised: January 7, 2026;

Accepted: February 11, 2026

ABSTRACT

Background: Diabetes mellitus is a common and highly significant chronic disease. Diabetes screening is essential to prevent the development of diabetes or to provide intensive treatment from the early stages of the disease.

Design: Cross-sectional Descriptive Study

Methods: The study population consisted of individuals aged 35 years and older residing in the Loei Municipality, Mueang District, Loei Province. A total of 420 participants were selected using simple random sampling. Data were collected using a structured questionnaire. Descriptive statistics were used to analyze baseline characteristics. Comparisons of factors were conducted using t-tests and analysis of variance (ANOVA), with multiple comparisons performed using Scheffé's method at a 95% confidence level ($p < 0.05$). Statistical analyses were conducted using statistical software.

Results: The group that underwent screening had significantly higher mean Health Belief Model (HBM) scores in all dimensions compared to the group that did not undergo screening ($p < 0.05$). Among the screening group, differences in educational level and occupational characteristics were associated with differences in perceived susceptibility to diabetes. In contrast, in the non-screening group, differences in educational level and income were associated with differences in perceived benefits and perceived barriers to diabetes screening, showing statistically significant differences at the 0.05 level.

Conclusions: The HBM should be integrated into the development of diabetes screening systems to enhance efficiency and promote, prevent, and control diabetes within the relevant areas.

Keywords: comparison, Health Belief Model, diabetes screening

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เขตเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย

ทวิช ศรีเกษม, พบ., วว.สุติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ทวิช ศรีเกษม, พ.บ.,
โรงพยาบาลเลย 32/1 ถ.มลิวรรณ
ต.กุดป่อง อ.เมืองเลย จ.เลย
42000, ประเทศไทย
Email: clinicdrtawit178@
gmail.com

Received: December 27, 2025;

Revised: January 7, 2026;

Accepted: February 11, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญมาก การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวาน หรือให้การรักษาอย่างเข้มงวดตั้งแต่เริ่มต้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

แบบวิจัย: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เขตเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวน 420 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยใช้ สถิติที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวน ทำการเปรียบเทียบพหุคูณด้วยวิธีของเชฟเฟ่ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($p < 0.05$) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

ผลการศึกษา: กลุ่มที่มาตรวจคัดกรองมีคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มาตรวจคัดกรองในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่มาคัดกรองที่มีระดับการศึกษา และลักษณะอาชีพ ต่างกันจะมีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มที่ไม่มาคัดกรองมีระดับการศึกษา และรายได้ ต่างกันจะมีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวานต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุป: ควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ร่วมในการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตลอดจนส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

คำสำคัญ: เปรียบเทียบ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญมากในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ หรือร่างกายไม่สามารถใช้ฮอร์โมนอินซูลินที่สร้างขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอินซูลินมีหน้าที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) เป็นผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยและนำมาซึ่งผลเสียต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเส้นประสาทและหลอดเลือด^{1,2} โรคเบาหวานยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ แผลที่เท้าและโรคไตจากเบาหวาน (diabetic nephropathy)^{3,4} ในปีพ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปป่วยเป็นเบาหวานถึงร้อยละ 14 เพิ่มขึ้นเท่าตัวในช่วง 32 ปีที่ผ่านมา และพบว่าผู้ใหญ่ อายุตั้งแต่ 30 ปี จำนวนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.0) ไม่ได้ได้รับการรักษา⁵ จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย⁶ พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.6 ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยเพศชายมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.8 ส่วนเพศหญิงมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.7 และความชุกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีความแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย และยังพบว่าโดยภาพรวมผู้ที่เป็เบาหวาน แต่ไม่ได้รับการวินิจฉัยสูงถึงร้อยละ 27.0 โดยในเพศชายพบร้อยละ 32.2 ส่วนเพศหญิงพบร้อยละ 22.8 การตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเป็นการค้นหาผู้ที่มีภาวะก่อนเบาหวานหรือผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ยังไม่มีอาการ โดยให้ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวาน หรือให้การรักษาอย่างเข้มงวดตั้งแต่ต้น ซึ่งได้ผลดีในการควบคุมโรคเบาหวาน⁷ จากข้อมูลการตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตเทศบาลเมืองเลย อ.เมือง จ.เลย ปี พ.ศ. 2567 มีอัตราการเข้ารับบริการเพียงประมาณร้อยละ 17.6 ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับภาพรวมของอำเภอเมือง ภาพรวมของจังหวัดเลยและของทั้งประเทศที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 93.33, 93.4 และ 56.2 ตามลำดับ^{6,8}

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศแบบ meta-analysis⁹ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ที่มีอิทธิพลต่อการตรวจคัดกรองโรค การป้องกันโรคและการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ พบว่าการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีอิทธิพลต่ำสุด หากศึกษาเฉพาะโรคเบาหวาน ผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค รับรู้ความรุนแรงของโรคและรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมีแนวโน้มที่จะเข้ารับการตรวจคัดกรอง ส่วนการรับรู้อุปสรรคทำให้ความตั้งใจตรวจคัดกรองลดลง¹⁰ และการศึกษาในช่วงอายุ 20–49 ปี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันดีกว่า แต่การรับรู้อุปสรรคส่งผลเชิงลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน¹¹ กรณีผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แล้วพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกัน และความเชื่อมั่นในตนเอง เพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 มีพฤติกรรมป้องกันระดับที่สามอย่างมีนัยสำคัญ¹² แต่บางการศึกษา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันแต่การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันลดลง¹³ และในประเทศไทยพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคและการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองเบาหวาน^{14,15} บางรายงานพบว่ามีเพียงการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน¹⁶ หรือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคที่มีความสัมพันธ์¹⁷ และยังพบว่าแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพยังไม่ส่งผลชัดเจนต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง¹⁸ นอกจากนั้นการให้ความรู้และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้มีการตระหนักถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการป้องกันโรคเบาหวานมากขึ้น^{19,20}

จากการทบทวนดังกล่าวพบว่ายังมีการศึกษาน้อยในประเทศไทยโดยเฉพาะในประชากรเขตเมือง ซึ่งการศึกษาดังกล่าวยังมีความขัดแย้งกันอยู่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการ

เปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของประชาชน 35 ปีขึ้นไปในเขตเทศบาลเมืองเลย อำเภอเมือง จังหวัดเลย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เขตเทศบาลเมืองเลย อ.เมืองเลย จ.เลย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการนำไปพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย
2. เพื่อใช้ในการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

กรอบแนวคิดวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health believe model)²¹ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน

เบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน และสัญญาณบ่งชี้การกระทำ มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ดังรูปที่ 1

วัสดุและวิธีการ

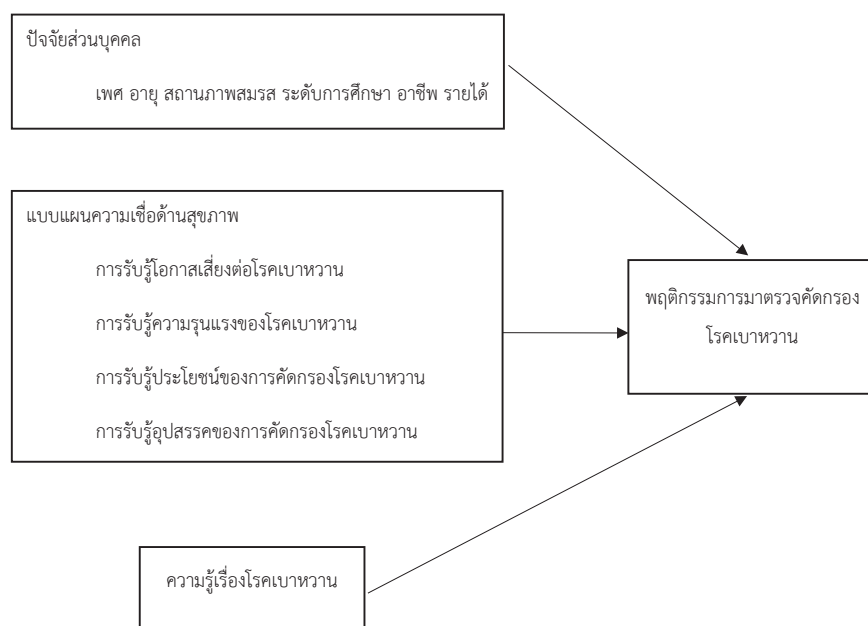
รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study)

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในปีงบประมาณ 2567 ในเขตรับผิดชอบของ ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย จำนวน 7,822 คน⁸

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรเมื่อทราบขนาดประชากร จาก application n4Studies Plus โดยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ได้จากการทำ pilot study ในพื้นที่ใกล้เคียง โดยใช้สูตร²²

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \left[\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_1}{n_2}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดวิจัย

ได้กลุ่มตัวอย่าง 203 คนต่อกลุ่ม ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 4 เพื่อป้องกันการสูญเสียของข้อมูลได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 210 คนต่อกลุ่ม รวม 420 คน

โดยมีเกณฑ์การเลือกเข้าคือ อายุ 35 ปีขึ้นไป มีสติ-สัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถอ่าน ฟัง หรือเขียนภาษาไทยได้ สัญชาติไทย และเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ที่มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสม (Hb A1C) ตั้งแต่ 6.5 ขึ้นไป ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานภายในระยะเวลา 1 ปีก่อนการเข้าร่วมโครงการ ผู้ที่กำลังตั้งครรภ์ มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลช่วงทำการเก็บข้อมูล ไม่เป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง (palliative)

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากการจับฉลากรายชื่อประชากรในแต่ละชุมชน จาก 10 ชุมชน ๆ ละ 42 คน จนครบ 420 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคเบาหวานจำนวน 7 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดให้ตอบ ใช่/ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน เป็น 5 ระดับตามมาตรวัดของ ลิเคิร์ท (Likert Scale)²³ ให้คะแนนระดับความคิดเห็นดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด 5 คะแนน เห็นด้วยมาก 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

คำนวณระดับความเห็นเฉลี่ยตามความกว้างของอันตรภาคชั้นการประเมินผล²⁴ ดังนี้

คะแนน 4.21-5.00 คือ ระดับมากที่สุด คะแนน 3.41-

4.20 คือ ระดับมาก คะแนน 2.61-3.40 คือ ระดับปานกลาง คะแนน 1.81-2.60 คือ ระดับน้อย คะแนน 1.00-1.80 คือ ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 เหตุผลที่มา/ไม่มาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) ความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (IOC > 0.5) แล้วนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มประชากรอื่นจำนวน 30 คน 2) หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธี KR20 ได้เท่ากับ 0.76 3) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน-บาค (Cronbach 's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.74

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลย เอกสารรับรองเลขที่ EC022/2568 เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2568

วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้จัดอบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติจำนวน 3 คน เพื่ออธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และเน้นการแจ้งถึงสิทธิและจริยธรรมในการให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งขอคำยินยอม ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกับพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ด้วยสถิติไคสแควร์ (chi-square test) วิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ สถิติที (t-test) กรณีกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระกัน และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) กรณีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 3 กลุ่มขึ้นไป แล้วทดสอบหลังการวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อค่าเฉลี่ยมีความแตกต่างกัน เพื่อทำการเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) ด้วยวิธีของเชฟเฟ (scheffe) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 1) พบว่า กลุ่มที่มา/ไม่มาคัดกรองโรคเบาหวาน มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน (52.28 และ 50.10 ปี) ส่วนใหญ่เป็นหญิงมากกว่าชาย (68.72% / 66.51%) ส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน (35.55% / 44.98%) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา (52.13% / 41.63%) กลุ่มที่มาคัดกรองส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพและมีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 44.08 และร้อยละ 40.28) กลุ่มที่ไม่มาคัดกรองส่วนใหญ่มีเวลาทำงานที่แน่นอนและมีรายได้มากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 50.72 และร้อยละ 38.28) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 52.28 ± 11.00 ปี / อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่มาคัดกรองเท่ากับ 50.10 ± 9.70 ปี

คะแนนความรู้โรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มที่มาคัดกรองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มาคัดกรองอย่างมีนัย

สำคัญที่ 0.05 ($\bar{x}$ SD = 4.12 ± 0.88 และ 3.84 ± 0.84 ตามลำดับ, $p < 0.001$)

สำหรับปัจจัยแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน (ตารางที่ 2) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน โดยกลุ่มที่มาคัดกรองมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางจนถึงมากที่สุด เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่มาคัดกรองโรคเบาหวาน (ตารางที่ 3) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาและลักษณะอาชีพต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ระดับมาก) ส่วนลักษณะอาชีพ กลุ่มที่มีเวลาทำงานแน่นอนมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ระดับมาก) และแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 420)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	p-value
	มาคัดกรอง 211 (50.2)	ไม่มาคัดกรอง 209 (49.8)		
เพศ				
ชาย	66 (31.28)	70 (33.49)	0.235	0.628
หญิง	145 (68.72)	139 (66.51)		
สถานภาพสมรส				
โสด	27 (12.80)	30 (14.35)	5.279	0.152
สมรสและอยู่ด้วยกัน	75 (35.55)	94 (44.98)		
สมรสและแยกกันอยู่	36 (17.06)	29 (13.88)		
หม้าย/หย่าร้าง	73 (34.59)	56 (26.79)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	110 (52.13)	87 (41.63)	5.699	0.058
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	51 (24.17)	70 (33.49)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	50 (23.70)	52 (24.88)		
ลักษณะอาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	93 (44.08)	50 (23.92)	20.901	< 0.001*
เวลาทำงานแน่นอน	69 (32.70)	106 (50.72)		
เวลาทำงานไม่แน่นอน	49 (23.22)	53 (25.36)		
รายได้ (บาท/เดือน)				
น้อยกว่า 10,000 บาท	85 (40.28)	50 (23.92)	13.436	0.0012*
10,000-20,000 บาท	57 (27.01)	79 (37.80)		
มากกว่า 20,000 บาท	69 (32.71)	80 (38.28)		

Chi-square test, *p < 0.05

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบปัจจัยแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

ปัจจัยแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ	พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ($\bar{X} \pm SD$)		t-test	p-value
	มา	ไม่มา		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	3.71±0.54	3.31±0.61	7.194*	< 0.001
1. ถ้าหากมีญาติสายตรงเช่น พ่อ แม่ พี่หรือน้องเป็นเบาหวานจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าประชาชนทั่วไป	4.15±0.74	3.77±0.76	5.280*	< 0.001
2. ผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน	3.15±0.73	2.79±0.74	5.026*	< 0.001
3. ภาวะอ้วนเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	3.84±0.81	3.37±0.83	5.815*	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	3.86±0.63	3.59±0.74	4.029*	< 0.001
4. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายส่งผลให้เกิดจอประสาทตาเสื่อมและทำให้ตาบอดได้	3.84±0.81	3.55±0.78	3.771*	< 0.001
5. ผู้ป่วยเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดแดง (หลอดเลือดหัวใจโคโรนารี และหลอดเลือดสมอง) ตีบตันสูงกว่าประชากรทั่วไป	3.86±0.70	3.63±0.84	2.934*	0.004
6. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติส่งผลให้เกิดแผลที่เท้ามากกว่าประชากรทั่วไป	3.87±0.74	3.58±0.83	3.819*	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน	3.84±0.65	3.59±0.73	3.779*	< 0.001
7. การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต	3.85±0.74	3.58±0.82	3.546*	< 0.001
8. การควบคุมเบาหวานได้ดีในผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้	3.83±0.70	3.59±0.77	3.359*	0.001
การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน	3.87±0.54	3.55±0.68	5.229*	< 0.001
9. การตรวจคัดกรองเบาหวานมีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและไม่สิ้นเปลืองเวลามาก	3.88±0.67	3.57±0.78	4.322*	< 0.001
10. ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องทานยาเบาหวานตลอดชีวิต ไม่สามารถหยุดทานยาได้เลย	3.89±0.71	3.60±0.73	4.027*	< 0.001
11. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคเบาหวานมีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก	3.84±0.68	3.49±0.77	4.947	< 0.001

Independent sample t-test, *p < 0.05

ไม่มาคัดกรองโรคเบาหวาน (ตารางที่ 4) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวานและด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ระดับมาก) ส่วนรายได้ ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ระดับมาก) และแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านอื่น ๆ

ไม่มีความแตกต่างกัน

จากแบบสอบถามพบว่า เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน 3 อันดับแรก คือ 1) เคยเห็นหรือคนรู้จักเป็นโรคเบาหวาน 2) ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และ 3) เสียเวลาไม่มาก (ร้อยละ 35.55 20.85 และ 14.22 ตามลำดับ) ส่วนเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาตรวจคัดกรอง 3 อันดับแรก คือ 1) ไม่มีอาการผิดปกติ 2) ช่วงเวลาตรวจคัดกรองไม่เหมาะสม และ 3) ไม่สะดวก เสียเวลา การบริการมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก (ร้อยละ 38.76 21.05 และ 21.05 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพจำแนกตามระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ และรายได้ ของกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

ตัวแปร	แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ											
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน			การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน			การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน			การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน		
	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value
ระดับการศึกษา	3.71	3.659*	0.027	3.86	1.551 ^{ns}	0.215	3.84	1.335 ^{ns}	0.265	3.87	0.176 ^{ns}	0.839
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	3.64 ^b			3.82			3.82			3.86		
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	3.71 ^{ab}			3.80			3.77			3.85		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3.89 ^a			3.99			3.97			3.91		
ลักษณะอาชีพ	3.71	3.395*	0.035	3.86	0.085 ^{ns}	0.919	3.84	0.455 ^{ns}	0.635	3.87	0.004 ^{ns}	0.996
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.62 ^b			3.84			3.87			3.86		
เวลาทำงานแน่นอน	3.85 ^a			3.88			3.78			3.87		
เวลาทำงานไม่แน่นอน	3.70 ^{ab}			3.86			3.88			3.87		
รายได้	3.71	1.514 ^{ns}	0.222	3.86	0.732 ^{ns}	0.482	3.84	0.636 ^{ns}	0.530	3.87	0.400 ^{ns}	0.671
< 10,000 บาท	3.66			3.82			3.82			3.85		
10,000-20,000 บาท	3.68			3.83			3.79			3.83		
> 20,000 บาท	3.81			3.93			3.91			3.91		

F-test, *p < 0.05; ns, p > 0.05

ตัวอักษรภาษาอังกฤษที่ต่างกันในแต่ละสดมภ์ คือ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05; ns, ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

^a, ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน; ^b, ค่าเฉลี่ยอีกกลุ่มหนึ่ง; ^{ab}, ค่าเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มที่มีทั้ง a และ b

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพจำแนกตามระดับการศึกษา ลักษณะอาชีพ และรายได้ ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

ตัวแปร	แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ											
	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน			การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน			การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน			การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน		
	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value	$\bar{X}$	F	p-value
ระดับการศึกษา	3.31	2.011 ^{ns}	0.136	3.59	1.131 ^{ns}	0.325	3.59	1.683 ^{ns}	0.188	3.55	3.931*	0.021
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	3.24			3.50			3.51			3.44 ^b		
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	3.30			3.62			3.58			3.53 ^{ab}		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3.45			3.69			3.74			3.78 ^a		
ลักษณะอาชีพ	3.31	1.214 ^{ns}	0.299	3.59	0.806 ^{ns}	0.448	3.59	0.523 ^{ns}	0.594	3.55	1.363 ^{ns}	0.258
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3.28			3.64			3.63			3.53		
เวลาทำงานแน่นอน	3.27			3.53			3.54			3.50		
เวลาทำงานไม่แน่นอน	3.42			3.67			3.65			3.69		
รายได้	3.31	1.379 ^{ns}	0.254	3.59	2.581 ^{ns}	0.078	3.59	3.271*	0.040*	3.55	4.564*	0.011
< 10,000 บาท	3.28			3.62			3.58 ^{ab}			3.51 ^{ab}		
10,000-20,000 บาท	3.24			3.45			3.44 ^b			3.41 ^b		
> 20,000 บาท	3.40			3.71			3.74 ^a			3.73 ^a		

F-test, *p < 0.05; ns, p > 0.05

ตัวอักษรภาษาอังกฤษที่ต่างกันในแต่ละสดมภ์ คือ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p < 0.05; ns, ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

^a, ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน; ^b, ค่าเฉลี่ยอีกกลุ่มหนึ่ง; ^{ab}, ค่าเฉลี่ยอยู่ในกลุ่มที่มีทั้ง a และ b

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองพบว่า อายุเฉลี่ย เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี สมพันธ์ และคณะ¹⁶ ในส่วนลักษณะอาชีพและรายได้พบว่ามี ความแตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของดวงใจ จิระสวัสดิ์ตระกูล¹⁷ และการศึกษาของประยุทธิ์ ไตรสารศรี¹⁴ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ไม่มาตรวจคัดกรองมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า มีอาชีพที่มีเวลาทำงานแน่นอนและมีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากช่วงเวลาในการตรวจคัดกรองไม่เหมาะสม เสียเวลามาตรวจคัดกรอง ตลอดจนไม่สะดวกในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองจากหน่วยบริการของสาธารณะสุขซึ่งมีกำหนดเวลา การตรวจคัดกรองที่แน่นอน นอกจากนั้นแล้วอาจเป็นเพราะค่าเสียโอกาสทางเวลาสูงซึ่งเป็นบริบทของสังคมเมืองเช่นเดียวกับการศึกษาประชากรในเขตเมือง^{13,16}

ส่วนความรู้โรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองพบว่า มีความแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประยุทธิ์ ไตรสารศรี¹⁴ แต่แตกต่างกับ ดวงใจ จิระสวัสดิ์ตระกูล¹⁷ อาจเนื่องมาจากความรู้มีความสำคัญในการป้องกันโรคเบาหวาน¹³ ช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงภาวะก่อนเบาหวาน และให้ความสำคัญต่อการมาตรวจคัดกรอง ทำให้สามารถปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานหรือได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งมีหลักฐานชัดเจนว่าสามารถชะลอหรือป้องกันการเกิดโรคได้^{4,25} นอกจากนี้การขาดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยหรือการศึกษาต่ำ ดังนั้นการให้ความรู้ที่เหมาะสมจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการลดอุบัติการณ์โรคเบาหวาน²⁶

สำหรับปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวานส่งผลต่อพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวานซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ⁹⁻¹⁴ แต่มีบางการศึกษาที่พบว่ามี

เพียงบางแบบแผนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน¹⁶⁻¹⁸ อาจเนื่องจากมีความเชื่อว่าหากมีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน เคยเห็นหรือรู้จักคนเป็นโรคเบาหวานก็จะมีแนวโน้มเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับรู้หรือเชื่อในประเด็นดังกล่าว โดยหากบุคคลเชื่อว่าโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ทำให้จอประสาทตาเสื่อมและตาบอดได้ มีภาวะหลอดเลือดแดงตีบตันสูงกว่าคนปกติและส่งผลให้เกิดแผลที่เท้าจะเพิ่มแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองแม้ยังไม่มีอาการ ตลอดจนเมื่อบุคคลเชื่อว่าการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมช่วยป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคตได้และถึงแม้จะป่วยเป็นเบาหวานแล้วก็ตามแต่สามารถควบคุมเบาหวานได้ดีก็ยังสามารถลดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้ อีกทั้งหากรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองเบาหวานตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตมีขั้นตอนที่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและไม่สิ้นเปลืองเวลามาก ถึงแม้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานแล้วก็ไม่จำเป็นต้องทานยาเบาหวานตลอดชีวิตและสามารถหยุดทานยาได้จะเพิ่มโอกาสการมาตรวจคัดกรองได้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นตลอดจนส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่

1. เน้นสื่อสารเรื่อง ภัยเงียบของโรคเบาหวาน ในส่วนการให้สุขภาพศึกษาไม่ควรเน้นแค่อาการของโรคแต่ต้องเน้นย้ำถึงโรคเบาหวานในระยะแรกไม่มีอาการและคนที่ดูแข็งแรงก็เป็นเบาหวานได้
2. ควรปรับทัศนคติแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตลอดจนให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายก่อนที่จะมีการตรวจคัดกรอง ในผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปควรเน้นเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวาน ผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ควรเน้นเรื่องการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวานและการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรอง และผู้ที่มีเวลาทำงานแน่นอนควรเน้นเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน

3. ควรปรับปรุงขั้นตอนการบริการการตรวจคัดกรองให้เรียบง่าย สะดวกและรวดเร็ว

4. อาจใช้วิธีการตรวจ capillary blood glucose โดยไม่อดอาหาร แทนการตรวจแบบอดอาหารเพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการตรวจคัดกรองของกลุ่มอาชีพที่มีเวลาทำงานที่แน่นอน โดยถ้าระดับ capillary blood glucose ต่ำกว่า 110 มก./ดล. มีโอกาสพบความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดน้อย แต่ถ้าระดับน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 110 มก./ดล. ให้ตรวจยืนยันด้วยวิธี fasting plasma glucose⁷

5. เพิ่มบริการในการตรวจคัดกรองให้มากขึ้นได้แก่เพิ่มหน่วยบริการตรวจคัดกรองในชุมชน ให้บริการการตรวจคัดกรองทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ ประสานงานกับบริษัทหรือหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อเข้าไปตรวจคัดกรองถึงที่ทำงาน ลดข้ออ้างเรื่องเวลาและขั้นตอน ตลอดจนการพัฒนาระบบนัดหมายจองคิวผ่านแอปพลิเคชัน เพื่อลดระยะเวลารอคอย ซึ่งตอบโจทย์กลุ่มคนที่มีรายได้สูงที่ให้ความสำคัญกับเวลา

6. เพิ่มการให้บริการตรวจคัดกรองด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติ

7. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้ก่อนการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานโดยเฉพาะกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและหรือผู้ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท

สรุป

สำหรับปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพกับพฤติกรรมมารดาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน มีความแตกต่างกันทุกด้าน กลุ่มที่มาคัดกรองที่มีระดับการศึกษา และลักษณะอาชีพ ต่างกันจะมีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานต่างกัน กลุ่มที่ไม่มาคัดกรองที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรคเบาหวานและด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคเบาหวานต่างกัน

Highlights

1. ความรู้โรคเบาหวานส่งผลต่อพฤติกรรมมารดาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน
2. ปัจจัยด้านแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมมารดาตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน
3. ควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ร่วมในการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวาน
4. ใช้วิธีการตรวจ capillary blood glucose โดยไม่อดอาหารเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีโดยได้รับความช่วยเหลือจาก คุณยุลิน ราชพัฒน์ พยาบาลวิชาชีพ ที่ให้การช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูล ผศ.ดร. พญ.เสาวนันทน์ บำเรอราช ให้คำแนะนำในการทำวิจัย และดร.จุไรรัตน์ อาจแก้ว ให้คำปรึกษาทางด้านสถิติและตรวจทานต้นฉบับ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. StatPearls. Diabetes Mellitus [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551501/>
3. American Diabetes Association. Standards of care in diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1–S350. Available from: https://diabetesjournals.org/care/issue/47/Supplement_1
4. Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538216/>
5. World Health Organization. Urgent action is needed as global diabetes cases increase four-fold over past decades [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Dec 26]. Available from: <https://www.who.int/news/item/13->

- 11-2024-urgent-action-needed-as-global-diabetes-cases-increase-four-fold-over-past-decades
6. เรืองฤดี ปธานวนิช. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย: Thai National Health Examination Survey ครั้งที่ 7 (NHES VII) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์; 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 ธ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://thai-nhes.com/>
7. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน [อินเทอร์เน็ต]. เขตสุขภาพที่ 8: ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC); เข้าถึงเมื่อ [9 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <http://hdcservice.moph.go.th>
9. Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Educ Res.* 1992;7:107–16
10. Amalia R, Yuliyanti S, Susanti R. Applying the health belief model in identifying individual understanding towards prevention of type 2 diabetes. *Int J Public Health Sci [Internet].* 2022;11:1458–66.
11. Hakim AL, Sari A. Health Belief Model in the prevention of type 2 diabetes mellitus in fertile age couples. *J Kesehatan Masyarakat.* 2025;20:408–17.
12. Haliza AN, Murti B, Tamtomo DG. Meta-analysis: application of Health Belief Model on tertiary preventive behavior in type 2 diabetes mellitus patients. *J Health Promot Behav.* 2024;9:185–98
13. Alamer AS. Predictors of type 2 diabetes self-screening: the impact of health belief model, knowledge, and demographics. *Int J Stat Med Res.* 2025;14:45–54.
14. ประยุทธ์ ไตรสารศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสิงหนาท. *วารสารบริหารธุรกิจ.* 2568;2:111–26.
15. ชูติมา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, พรศิริ พันธสี. การศึกษาแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชากรวัยทำงานมุสลิม. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 2561;19(ฉบับพิเศษ 1):267–77.
16. อรุณี สมพันธ์, แสงทอง ชีระทองคำ, นพวรรณ เปียชื่อ, สมนึก สกุลหงส์โสภณ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่เสี่ยงต่อเบาหวาน. *วารสารรามาริบัติพยาบาลสาร.* 2558;21:96–109
17. ดวงใจ จิระสวัสดิ์ตระกูล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในศูนย์บริการสาธารณสุขขุนาวง จังหวัดสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร.* 2563;23:74–85.
18. ปิยะวรรณ จันตรี, วลัยรัตน์ พบศิริ. ความสัมพันธ์การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการยอมรับการตรวจคัดกรองเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยง. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 12; 9–10 ก.ค. 2563; นครปฐม, ประเทศไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2563. หน้า. 1098–1105.
19. พิศุทธิ์ ชนรัตน์. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพระสงฆ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *มหาราชนครศรีธรรมราช.* 2567;8:162–74.
20. มงคล การณงามพรรณ, ภาวะดี รามสิทธิ์, ศิริญญา ชุ่มเต็ม. ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ.* 2567;10:50–63.
21. Wikipedia. Health belief model [Internet]. [cited 2025 Jun 21]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_belief_model
22. เชษฐา งามจรัส. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
23. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychol.* 1932;22:1–55.
24. ชัชวาล เรืองประพันธ์. สถิติพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
25. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2025 Jun 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
26. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25:1053–8.

ORIGINAL ARTICLE

Assessment of Health Literacy Level and Associated Factors Among Urban Adult Population in Thailand: A Cross Sectional Study

Suphaphit Tanwatanaseree, M.D., Arissara Siriwiriyakul, M.D.

Department of Urban Medicine, Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Arissara Siriwiriyakul, M.D.,
Department of Urban Medicine,
Faculty of Medicine, Vajira
Hospital, Navamindradhiraj
University, 681 Samsen Road,
Wachira Phayaban, Dusit,
Bangkok 10300, Thailand
Email: arissara.s@nmu.ac.th

Received: November 15, 2025;

Revised: December 26, 2025;

Accepted: January 12, 2026

ABSTRACT

Background: Health literacy reflects individuals' abilities to access, process, and understand essential health information for appropriate decision-making. Despite health literacy's importance, especially emphasized by the World Health Organization, research in urban populations remains limited. This study therefore examines the health literacy level of urban adults and identifies factors influencing their health literacy.

Design: A cross-sectional study was conducted from December 2024 to April 2025 at the Family Medicine Outpatient Clinic and the Primary Care Unit of Vajira Hospital.

Methods: The study included 524 participants ranging in age from 35 to 75 years, living in the urban area. The Thai Health Literacy Scale was used as an assessment tool. Descriptive statistics and inferential statistics were conducted in the data analysis of this study to explore factors affecting the level of health literacy.

Results: Of the 524 participants, the majority were 35–59 years old (57.06%), with most being female (65.65%). The results from the health literacy assessment showed that 62.60% had inadequate health literacy. An inadequate level of health literacy was associated with older age, having never had a health check-up, and receiving services at pharmacies.

Conclusion: The results suggested that the majority of the participants had inadequate health literacy. Thus, promoting and educating people living in urban areas about health literacy should be implemented to improve and care for their health effectively and sustainably.

Keywords: health literacy, adult, urban area

นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองในประเทศไทย : การศึกษาแบบตัดขวาง

ศุภาพิชญ์ ต้นวัฒนเสรี, พ.บ., อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ.

ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

อริศรา ศิริวิริยะกุล, พ.บ.,
ภาควิชาเวชศาสตร์เขตเมือง
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 681
ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขต
ดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300,
ประเทศไทย

Email: arissara.s@nmu.ac.th

Received: November 15, 2025;

Revised: December 26, 2025;

Accepted: January 12, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: ระดับความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะการรับรู้และทักษะทางสังคมในการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ แต่ยังมีงานศึกษาในเขตเมืองไม่มาก จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมือง และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ

แบบวิจัย: การศึกษาแบบตัดขวาง จัดทำในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง เมษายน พ.ศ. 2568 ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และหน่วยปฐมภูมิ เขตเมืองโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ศึกษาในอาสาสมัครที่มีอายุตั้งแต่ 35-75 ปี จำนวน 524 คน โดยใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมาน เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผล

ผลการศึกษา: ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ร้อยละ 62.60 และระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอสัมพันธ์กับอายุที่มาก การไม่เคยตรวจสุขภาพ และการเข้ารับบริการร้านขายยา

สรุป: ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ จึงควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชากร เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: ระดับความรู้ด้านสุขภาพ วัยผู้ใหญ่ เขตเมือง

บทนำ

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ คือ “ทักษะต่าง ๆ ทาง การรับรู้ และทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกบุคคล ในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น”¹ โดยสามารถแบ่งระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพได้เป็นอีก 3 ระดับและ 6 ด้าน ตามแนวคิดของ Nutbeam² ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับใช้งาน (functional health literacy) เป็นทักษะขั้นพื้นฐานที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ประกอบไปด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความรู้ความเข้าใจ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) เป็นทักษะด้านปัญญาร่วมกับการใช้ทักษะทางสังคม ประกอบไปด้วย ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะด้านปัญญาที่ซับซ้อนมากขึ้นร่วมกับทักษะด้านสังคมเพื่อสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ประกอบไปด้วย ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจ

องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นว่าการมีพื้นฐานความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีถือเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ การมีทางเลือกด้านสุขภาพที่น้อย สุขภาพที่ไม่ดี การจัดการตนเองที่ไม่เหมาะสม¹ และยังสัมพันธ์กับเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง³ และนำไปสู่การเข้ารับบริการในโรงพยาบาล¹ จึงจัดได้ว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ นั้นมีความเสี่ยงการเกิดปัญหาสุขภาพ^{1,2,4} ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นตัวบ่งบอกถึงความสามารถของปัจเจกบุคคล ที่จะนำความรู้ด้านสุขภาพมาปรับใช้กับตนเองและสังคม และบ่งบอกถึงความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ²

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับเรื่องความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเช่นเดียวกับในต่างประเทศ ได้มีการพัฒนาแบบวัดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นโดยพัฒนาขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2559 ตามองค์ประกอบของ Nutbeam และต่อมาได้มีการพัฒนาแบบวัดความรู้รอบรู้สุขภาพคนไทย

(Thai Health Literacy Scales) โดย ศาสตราจารย์ ดร. อังศิรินทร์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 47 ข้อ ครอบคลุมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ 6 ด้าน ได้มีการทดสอบแล้วพบว่าน่าเชื่อถือ และยอมรับได้ในทางสถิติ⁵ จากการเก็บข้อมูลในกลุ่มอายุ 7-75 ปี พบว่าคนไทยส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ ถึงร้อยละ 16.80 และระดับพอใช้ร้อยละ 58.90 ซึ่งทั้งสองกลุ่มจัดเป็นความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ⁵ จากการสำรวจความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2562 พบว่าคนไทยร้อยละ 19.90 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ โดยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดังกล่าวถึงร้อยละ 39.80⁶ สอดคล้องกับงานวิจัยของสกวเนตร ไทรแจ่มจันทร์ สำรวจความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เพียงพอเช่นเดียวกัน⁷ จากหลักฐานงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่าง ทั้งอายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ การว่างงาน^{6,8-12} และพื้นที่อยู่อาศัย⁸⁻¹² มีงานวิจัยที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรที่อาศัยในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่อาศัยในชนบท และพบว่ามี การดูแลตนเองด้านสุขภาพที่เหมาะสมกว่า^{11,12} อย่างไรก็ตามปัจจัยอื่น ๆ อันเกิดจากบริบทเฉพาะของเขตเมือง เช่น สภาพแวดล้อม¹³ วิธีการดำเนินชีวิตเร่งรีบซึ่งเป็นประสบการณ์และการรับรู้ของแต่ละบุคคล¹⁴ การไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ลักษณะการทำงานที่ไม่ได้ขยับตัว ความเหลื่อมล้ำทางสังคมและการศึกษา และความเชื่อด้านสุขภาพของคนเมืองที่มักเป็นเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลต่อโรคหรือสภาวะสุขภาพของคนในเขตเมืองนั้น¹³ อาจเป็นปัจจัยซึ่งส่งผลต่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรเช่นเดียวกัน

การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอถือเป็นพื้นฐานของการนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี องค์การอนามัยโลกจึงได้ส่งเสริมให้มีความสำคัญกับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อการป้องกันการเกิดโรคและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค นำไปสู่การควบคุมโรคและสุข

ภาวะที่ดีขึ้น¹⁵ สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรเขตเมืองในประเทศไทย ยังไม่ได้รับการศึกษามากนัก งานวิจัยนี้จึงต้องการที่จะศึกษาเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมือง และปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มอายุตั้งแต่ 35 ปี จนถึงอายุ 75 ปี เนื่องจากตามแนวทางการตรวจสุขภาพของประเทศไทย ได้มีการแนะนำให้ตรวจสุขภาพเป็นประจำในผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นมีการสำรวจมุมมองเรื่องการตรวจสุขภาพร่วมด้วย ดังนั้นงานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่สนใจกลุ่มประชากรผู้ใหญ่ 35 ปีขึ้นไป และจากข้อมูลทางสถิติขององค์อนามัยโลกพบว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ^{16,17} ดังนั้นการให้ความสำคัญเรื่องระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจึงไม่ควรถูกละเลย เพื่อมุ่งหวังประโยชน์ในการนำไปส่งเสริม และพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองให้มีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมือง และวัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมือง

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาเป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเมษายน พ.ศ. 2568 โดยกลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 35-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเข้ารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และหน่วยปฐมภูมิเขตเมืองโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 524 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ประชากรที่มีอายุ 35-75 ปี อาศัยอยู่ในเขตเมือง และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม หรือมีความบกพร่องด้านสติปัญญา หากผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ แต่มีความเข้าใจภาษาไทย ทางทีมผู้วิจัยจะช่วยเหลือในการอ่านและบันทึกแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ COA 153/2567 ลงวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2567 การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และหลักการของปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงของการศึกษา รวมทั้งมีสิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมดได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะที่ไม่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่ไม่มีการระบุตัวตน ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 13 ข้อคำถาม อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี การอยู่อาศัย วิถีชีวิตแบบเร่งรีบ การเลือกรับบริการสุขภาพ สิทธิการรักษา และส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย ประกอบด้วยคำถาม 47 ข้อคำถาม การเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ 8 ข้อคำถาม การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 5 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 6 ข้อ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 17 ข้อ และการจัดการสุขภาพตนเอง 11 ข้อ โดยแต่ละข้อคำถามประเมินโดยใช้ระดับความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถและทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ 5 ระดับ ประกอบด้วย มาก

ที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยจะนำไปคำนวณคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมตั้งแต่คะแนน 47-235 คะแนน และนำมาเปรียบเทียบตามเกณฑ์ดังนี้ คะแนน 188-235 แสดงถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก คะแนน 141-187 แสดงถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ คะแนน 47-140 แสดงถึงการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีพอ แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.968⁵

โดยผู้วิจัยจะแปลผลแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. กลุ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ประกอบด้วยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี และพอใช้
2. กลุ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ประกอบด้วยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 28 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงอนุมานในส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์และรายงานผลการศึกษาดังสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามประเภทของข้อมูลดังนี้

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี การอยู่อาศัย วิถีชีวิตแบบเร่งรีบ การเลือกรับบริการสุขภาพ สิทธิการรักษา รายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่ (n) และร้อยละ (%)

2) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ รายงานด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) หรือค่ามัธยฐาน (median) และค่าพิสัยควอไทล์ (interquartile rank) ตามความเหมาะสมของข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานในส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเขตเมือง รายงานด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (binary logistic regression analysis) โดยเป็นการเทียบระหว่างกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ รายงานด้วยค่า odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval)

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลจากผู้ใหญ่อายุ 35-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ทั้งหมด 524 คน พบว่าลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.65 อายุอยู่ในช่วง 35-59 ปี ร้อยละ 57.06 ระดับการศึกษานุปริญญาขึ้นไป ร้อยละ 53.05 สถานภาพสมรสร้อยละ 52.29 ประกอบอาชีพร้อยละ 60.50 มีรายได้เพียงพอและไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 39.50 อาศัยอยู่กับครอบครัวร้อยละ 85.88 เคยได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้งร้อยละ 88.36 มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.80 ไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 68.89 ไม่ได้มีวิถีชีวิตแบบเร่งรีบร้อยละ 51.72 มักเลือกรับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลหรือคลินิกร้อยละ 87.02 และสิทธิการรักษาที่พบมากที่สุดคือสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 66.22 (ตารางที่ 1)

ผลของการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 62.60 เมื่อแบ่งย่อยในแต่ละด้านมี 2 ด้านที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ คือ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติร้อยละ 62.02 และด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการด้านสุขภาพร้อยละ 57.06 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
หญิง	344 (65.65)
ชาย	180 (34.35)
ช่วงวัย	
ผู้ใหญ่ (35-59 ปี)	299 (57.06)
ผู้สูงอายุ (60-75 ปี)	225 (42.94)
อายุ, mean±SD	56.82 (±10.12)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4 (0.76)
ระดับชั้นประถมศึกษา	107 (20.42)
ระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	135 (25.76)
อนุปริญญาขึ้นไป	278 (53.05)
สถานภาพ	
โสด	175 (33.40)
สมรส	274 (52.29)
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	75 (14.31)
อื่น ๆ	0 (0.00)
การทำงาน	
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	207 (39.50)
ประกอบอาชีพ	317 (60.50)
ความเพียงพอของรายได้	
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	70 (13.36)
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	61 (11.64)
เพียงพอแต่มีหนี้สิน	186 (35.50)
เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	207 (39.50)
การอยู่อาศัย	
อยู่คนเดียว	60 (11.45)
อยู่กับครอบครัว	450 (85.88)
อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว	14 (2.67)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
โรคประจำตัว	
ไม่มีโรคประจำตัว	153 (29.20)
มีโรคประจำตัว	371 (70.80)
การตรวจสุขภาพ	
ไม่เคย	61 (11.64)
เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง	463 (88.36)
การออกกำลังกาย	
ออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือไม่ได้ออกกำลังกาย	361 (68.89)
ออกกำลังกายมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์	163 (31.11)
การมีวิถีชีวิตแบบเร่งรีบ	
ไม่ใช่	271 (51.72)
ใช่	253 (48.28)
การเลือกรับบริการสุขภาพ	
โรงพยาบาล/คลินิก	456 (87.02)
ร้านขายยา	64 (12.21)
แพทย์ทางเลือก	4 (0.76)
อื่น ๆ	0 (0.00)
สิทธิการรักษา	
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง/30 บาท)	347 (66.22)
ประกันสังคม	83 (15.84)
ข้าราชการ (เบิกจ่ายตรง)	52 (9.92)
ทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย	29 (5.53)
อื่น ๆ	13 (2.48)

เมื่อวิเคราะห์ผลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ (binary logistic regression analysis) พบว่าผู้สูงอายุ (60-75 ปี) มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ (35-59 ปี) อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.027$) ผู้ที่เลือกรับบริการด้านสุขภาพที่ร้านขายยา

ตารางที่ 2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละหัวข้อ

หัวข้อ	ไม่เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	278 (53.05)	246 (46.95)
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	199 (37.98)	325 (62.02)
3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	225 (42.94)	299 (57.06)
4. การสื่อสารและสนับสนุนทางสังคม	301 (57.44)	223 (42.56)
5. การจัดการสุขภาพตนเอง	348 (66.41)	176 (33.59)
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	328 (62.60)	196 (37.40)

ตารางที่ 3. ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ไม่เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)	Univariable OR (95% CI)	P-value	Multivariable OR (95% CI)	P-value
เพศ						
หญิง	221 (64.24)	123 (35.76)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ชาย	107 (59.44)	73 (40.56)	1.226 (0.846,1.775)	0.281	1.326 (0.870,2.021)	0.189
ช่วงวัย						
ผู้ใหญ่ (35-59 ปี)	173 (57.86)	126 (42.14)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ผู้สูงอายุ (60-75 ปี)	155 (68.89)	70 (31.11)	0.620 (0.431, 0.892)	0.01	0.591 (0.371,0.943)	0.027
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3 (75.00)	1 (25.00)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ระดับชั้นประถมศึกษา	71 (66.36)	36 (33.64)	1.521 (0.153,15.148)	0.721	1.319 (0.1275,13.649)	0.816
ระดับชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	100 (74.07)	35 (25.93)	1.05 (0.106, 10.428)	0.967	0.817 (0.079, 8.408)	0.865
อนุปริญญาขึ้นไป	154 (55.40)	124 (44.60)	2.416 (0.248,23.510)	0.447	1.382 (0.135,14.057)	0.785
สถานภาพ						
โสด	116 (66.29)	59 (33.71)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
สมรส	159 (58.03)	115 (41.97)	1.422 (0.958,2.110)	0.08	1.515 (0.94,2.442)	0.088
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	53 (70.67)	22 (29.33)	0.816 (0.453,1.469)	0.498	1.347 (0.692,2.621)	0.381
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
การทำงาน						
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	141 (68.12)	66 (31.88)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ประกอบอาชีพ	187 (58.99)	130 (41.01)	1.485 (1.028,2.146)	0.035	1.23 (0.795,1.902)	0.352
ความเพียงพอของรายได้						
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	52 (74.29)	18 (25.71)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	42 (68.85)	19 (31.15)	1.307 (0.609,2.801)	0.491	1.083 (0.478,2.454)	0.849
เพียงพอแต่มีหนี้สิน	126 (67.74)	60 (32.26)	1.376 (0.742, 2.552)	0.312	1.145 (0.591,2.220)	0.688
เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	108 (52.17)	99 (47.83)	2.648 (1.451,4.832)	0.002	1.882 (0.96,3.693)	0.066
การอยู่อาศัย						
อยู่คนเดียว	40 (66.67)	20 (33.33)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
อยู่กับครอบครัว	281 (62.44)	169 (37.56)	1.203 (0.680,2.126)	0.525	0.933 (0.485,1.795)	0.836
อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่คนในครอบครัว	7 (50.00)	7 (50.00)	2 (0.616,6.49)	0.248	3.834 (0.905,16.25)	0.068
โรคประจำตัว						
ไม่มีโรคประจำตัว	82 (53.59)	71 (46.41)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
มีโรคประจำตัว	246 (66.31)	125 (33.69)	0.587 (0.4,0.861)	0.006	0.64 (0.4,1.025)	0.064
การตรวจสุขภาพ						
ไม่เคยตรวจ	51 (83.61)	10 (16.39)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
เคยตรวจ	277 (59.83)	186 (40.17)	3.425 (1.696,6.916)	0.001	2.812 (1.296, 6.101)	0.009
การออกกำลังกาย						
ออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือไม่ได้ออก	239 (66.20)	122 (33.80)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ออกกำลังกายมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์	89 (54.60)	74 (45.40)	1.629 (1.117,2.376)	0.011	1.279 (0.838,1.954)	0.254
การมีวิถีชีวิตแบบเร่งรีบ						
ไม่ใช่	158 (58.30)	113 (41.70)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ใช่	170 (67.19)	83 (32.81)	0.683 (0.477,0.975)	0.036	0.69 (0.458,1.042)	0.078

มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอน้อยกว่าผู้ที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลหรือคลินิกอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.039$) และพบว่าผู้ที่เคยตรวจสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้ง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.009$) ไม่พบ

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การอยู่อาศัย โรคประจำตัว การออกกำลังกาย การมีวิถีชีวิตเร่งรีบ และสิทธิการรักษา กับการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3. ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ไม่เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)	เพียงพอจำนวน (ร้อยละ)	Univariable OR (95% CI)	P-value	Multivariable OR (95% CI)	P-value
การเลือกรับบริการสุขภาพ						
โรงพยาบาล/คลินิก	277 (60.75)	179 (39.25)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ร้านขายยา	49 (76.56)	15 (23.44)	0.474 (0.257,0.87)	0.016	0.495 (0.253,0.966)	0.039
แพทย์ทางเลือก	2 (50.00)	2 (50.00)	1.547 (0.216, 11.085)	0.664	1.24 (0.15,10.297)	0.842
อื่น ๆ	-	-	-	-	-	-
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง/ 30 บาท)	231 (66.57)	116 (33.43)	-	(Ref.)	-	(Ref.)
ประกันสังคม	45 (54.22)	38 (45.78)	1.682 (1.034,2.734)	0.036	1.007 (0.566,1.792)	0.982
ข้าราชการ (เบิกจ่ายตรง)	25 (48.08)	27 (51.92)	2.151 (1.195, 3.872)	0.011	1.478 (0.756,2.887)	0.253
ทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันภัย	18 (62.07)	11 (37.93)	1.217 (0.556, 2.661)	0.623	0.483 (0.2,1.167)	0.106
อื่น ๆ	9 (69.23)	4 (30.77)	0.664 (0.068,6.451)	0.623	0.439 (0.114,1.694)	0.232

วิจารณ์

การศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองพบว่าประชากรส่วนใหญ่ของกลุ่มอาสาสมัครมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอมากถึงร้อยละ 62.60 ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการด้านสุขภาพของตนเอง และการมีสุขภาพที่ดี เพื่อป้องกันการเกิดโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค¹⁵ และอีกทั้งยังช่วยส่งเสริมให้มีความเป็นอยู่ที่ดี ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอีกด้วย¹ และการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ นั้นส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการจัดการด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น^{1,3} ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ ที่พบว่ากลุ่มอาสาสมัครส่วนใหญ่ที่ทำแบบสอบถาม มีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 70.00 โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.00 ของกลุ่มอาสาสมัครทั้งหมด รองลงมาคือโรคไขข้อในเลือดสูง ร้อยละ 38.70 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.00 แต่ทั้งนี้ระดับความรู้ด้านสุขภาพนั้นไม่ได้สัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัยชราเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยวัยชราที่มีแนวโน้มที่จะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา^{5,9-11,18} ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลต่อการมีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการ

เสื่อมถอยด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะมีการมองเห็น การได้ยิน และภาวะปรีชาที่ถดถอยลง ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพได้

นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์ว่าผู้ที่เข้ารับบริการที่ร้านขายยายังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Masumoto et al.¹⁹ ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่มาเข้ารับบริการที่ร้านขายยามักไม่อ่านคำอธิบายยา และไม่ขอคำปรึกษาจากเภสัชกร และเมื่อทดสอบระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยดังกล่าว พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และจากงานวิจัยของ Kim et al.²⁰ ศึกษาในผู้เข้ารับบริการร้านขายยาพบว่า ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอส่วนใหญ่อ่านคำอธิบายยาไม่เข้าใจและมักไม่อ่านฉลากยา

ผู้ที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพอย่างน้อย 1 ครั้ง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพเลย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Morimoto et al.²¹ ที่กล่าวว่าการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ดีนั้นสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ มักประสบปัญหาในการเข้าถึง และเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ส่งผลให้รู้สึกว่าการเข้ารับการตรวจสุขภาพเป็นเรื่องยาก

จากการศึกษาในงานวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพและเพศ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Haeger et al.⁴ และ Dani et al.²² ที่ไม่พบความสัมพันธ์เช่นกัน แต่ในหลาย ๆ งานวิจัย^{7,10,11}

พบว่าเพศชายเป็นปัจจัยเสี่ยงของการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ โดยคาดว่าเพศชายมีความกดดันจากหน้าที่การงาน และความเครียดที่มากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้ผลที่แตกต่างกันในหลายงานวิจัยอาจเนื่องจากความหลากหลายด้านวัฒนธรรมทางเพศ และความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด มีความเอนเอียงในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) เนื่องจากอาสาสมัครมาจากการเก็บข้อมูลของผู้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลจึงอาจไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงถึงบุคคลกลุ่มอื่นได้ และจากการเก็บข้อมูลของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลทำให้พบลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพ มีโรคประจำตัว และการเลือกรับบริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลอีกด้วย

การจำแนกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พิจารณาจากสถานที่ที่ผู้ตอบมักเลือกรับบริการด้านสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งสะท้อนพฤติกรรมในการเลือกใช้บริการตามปกติของผู้ตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักว่ากลุ่มตัวอย่างที่มักเลือกเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิกอาจเคยมีประสบการณ์ใช้บริการร้านขายยาได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม วัตถุประสงค์ของการศึกษาไม่ได้มุ่งศึกษาประวัติการใช้บริการด้านสุขภาพทั้งหมดในอดีต แต่มุ่งเปรียบเทียบระดับความรู้ด้านสุขภาพตามรูปแบบการเลือกใช้บริการหลัก ซึ่งยังสามารถสะท้อนความแตกต่างของลักษณะผู้รับบริการแต่ละกลุ่มได้ และผลการศึกษาที่พบว่าสมาชิกกลุ่มที่มักเลือกรับบริการที่ร้านขายยามีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่า ยังคงสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามไม่ได้เก็บข้อมูลประวัติการใช้บริการด้านสุขภาพในอดีตอย่างละเอียด อาจเป็นข้อจำกัดของการศึกษาในแง่ความละเอียดของข้อมูล

นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดของแบบสอบถามที่ใช้ในการทำงานวิจัย เนื่องจากแบบสอบถามเป็นการประเมินวัดระดับความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพ ซึ่งอาจมีตัวแปรกวนแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น อารมณ์ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมวิจัยขณะทำแบบทดสอบ หรือช่วงเวลาในการทำแบบทดสอบอย่างเร่งรีบ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้และความรู้สึกของผู้ตอบใน

ขณะนั้น⁵ โดยในอนาคตควรมีการรวบรวมกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรที่หลากหลายมากขึ้นเพื่อความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง

สรุป

การศึกษานี้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดี เพื่อให้มีพื้นฐานการดูแลด้านสุขภาพที่ดี นำไปสู่การมีสุขภาพที่ยั่งยืนได้ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดโรค และคาดการณ์ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยการศึกษาพบว่าประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองส่วนใหญ่ยังมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ได้แก่ อายุที่มาก การไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพ และการเข้ารับบริการที่ร้านขายยา ผลการศึกษาของงานวิจัยนี้เป็นที่ประจักษ์ว่าประชากรในเขตเมืองนั้นยังคงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ จึงควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชากรมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น เพื่อการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มปัจจัยเสี่ยงข้างต้น 3 ประการ เช่น การสร้างสื่อการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมระดับความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนโดยมุ่งเน้นพัฒนาสื่อที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย จากงานวิจัยของ Morimoto et al.²¹ ที่ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่พบว่าแหล่งที่มาของข้อมูลด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอนั้นมาจากข่าวและหนังสือพิมพ์ และจากการเก็บข้อมูลของ National Poll on Healthy Aging²³ พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพผ่านทางอินเทอร์เน็ตเว็บไซต์ให้ความรู้ของโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ และเว็บไซต์ของรัฐบาล เช่นเดียวกับนโยบายด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกา²⁴ ที่มุ่งเน้นการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยเน้นย้ำว่าทุกคนมีสิทธิในการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ และการนำเสนอบริการด้านสุขภาพ โดยควรนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและเป็นประโยชน์ต่อทุกคน และงานวิจัยของ Bayati et al.²⁵ มีการศึกษาเชิงทดลองโดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่าหลังให้ความรู้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณนายวิชากร รวมทวี นักบรรณารักษศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ที่ได้ให้คำแนะนำในการออกแบบงานวิจัยและการวิเคราะห์สถิติของการศึกษานี้ ขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ได้อนุญาตให้สามารถใช้แบบวัดระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย และขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพที่คลินิกผู้ป่วยนอกแผนกเวชศาสตร์ครอบครัวและคลินิกปฐมภูมิเขตเมืองโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ที่ช่วยในการอ่านแบบสอบถามให้แก่อาสาสมัครที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้เขียนขอประกาศว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในการศึกษาครั้งนี้ และไม่มีแหล่งทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

Highlight

1. ประชากรผู้ใหญ่ในเขตเมืองส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ
2. อายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลง
3. การตรวจสุขภาพเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ
4. การเลือกรับบริการที่ร้านขายยาสัมพันธ์กับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า
5. ผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรเขตเมือง

เอกสารอ้างอิง

1. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
2. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67:2072-8.
3. Lovric' B, Placento H, Farc'ic' N, Baligac' M, Mikšić 'Š, Mamic' M, et al. Association between Health Literacy and Prevalence of Obesity, Arterial Hypertension, and Diabetes Mellitus. Int J Environ Res Public Health. 2022;19:9002. PubMed PMID: 35897372
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวคิดหลักการของ

- องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. ม.ป.ท.: 2561.
5. อังคินันท์ อินทรกำแหง; กองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. 2560. หน้า 1-49.
6. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม. รายงานการสำรวจความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2562.
7. สกาวเนตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ, ฐานุช ถิ่นสอน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 30.2ส. ของประชาชนในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน. วารสารพยาบาลทหารบก 2564;22:376-86.
8. Hoa HV, Giang HT, Vu PT, Tuyen DV, Khue PM. Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. BioMed Research International. 2020;2020:3490635. PubMed PMID: 32309429
9. Haeger C, Lech S, Messer M, Gellert P. Urban-rural differences in health literacy in the metropolitan area of Berlin, Germany, and its surroundings. Eur J Public Health. 2023;33:561-7.
10. Ranjbaran S, Chollou KM, Babazadeh T. Assessment of health literacy and health promoting behaviors among the urban adult population. Ethiop J Health Sci. 2022;32:985-92.
11. Yang Q, Yu S, Wang C, Gu G, Yang Z, Liu H, et al. Health literacy and its socio-demographic risk factors in Hebei: A cross-sectional survey: A cross-sectional survey. Medicine (Baltimore). 2021;100:e25975. PubMed PMID: 34032709
12. Golboni F, Nadrian H, Najafi S, Shirzadi S, Mahmoodi H. Urban-rural differences in health literacy and its determinants in Iran: A community-based study. Aust J Rural Health. 2017;26:98-105.
13. สาธิต คุระทอง. เวชศาสตร์เขตเมือง. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2559;60:1-4.
14. Waris Q, Imdad Ali K, Uzma S, Saima A, Hina H, Kashmira N. Fast pace of life and its impact on health: results of a study from the largest city of Pakistan. Pakistan Journal of Public Health. 2016;6:10-6.
15. Noncommunicable diseases [Internet]. 2023 [cited 2024 July 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
16. Nilnate W, Hengpraprom S, Hanvoravongchai P. Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. Journal of Health Research (J Health Res). 2016;30:315-21.
17. Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing [Internet]. 2023 [cited 27 August 2024]. Available from: <https://www.who.int/south-eastasia/news/feature-stories/detail/thailands->

- leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing
18. Jasiyajirawattana S, Burtdee P, Napasai P. Health literacy and its related factors among Thai population in Eastern (Health Region 6) Thailand. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health*. 2022;45:25-38.
 19. Kim M, Suh D, Barone JA, Jung SY, Wu W, Suh DC. Health literacy level and comprehension of prescription and nonprescription drug information. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19:6665. PubMed PMID: 35682249
 20. Masumoto S, Yamakawa T, Sakamoto N, Maeno T. Association between health literacy and medication comprehension; attitudes toward reporting adverse events in adults using over-the-counter medicines. *J Pharm Policy Pract*. 2023;16:90. PubMed PMID: 37461062
 21. Morimoto A, Koh C, Yasumoto R, Furuki H, Watanabe K, Tsuzuki C, et al. Relationship between communicative and critical health literacy, health information sources, and participation in health checkups among middle-aged Japanese community residents. *Prev Med*. 2022;161:107112. PubMed PMID: 35716809
 22. Dani KA, Stobo DB, Capell HA, Madhok R. Audit of literacy of medical patients in north Glasgow. *Scott Med J*. 2007;52:21-4.
 23. National Poll on Healthy Aging: Health Literacy: How Well Can Older Adults Find, Understand, and Use Health Information? [Internet]. 2024 [cited 23 October 2025]. Available from: <https://ihpi.umich.edu/national-poll-healthy-aging/reports-and-resources/health-literacy-how-well-can-older-adults-find>
 24. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. National Action Plan to Improve Health Literacy [Internet]. 2010 [cited 23 October 2025]. Available from: <https://odphp.health.gov/our-work/national-health-initiatives/health-literacy/national-action-plan-improve-health-literacy>
 25. Bayati T, Dehghan A, Bonyadi F, Bazrafkan L, et al. Investigating the effect of education on health literacy and its relation to health-promoting behaviors in health center. *J Educ Health Promot*. 2018;7:127. PubMed PMID: 30505855

ORIGINAL ARTICLE

Association Between Perceived Health Status and Life Satisfaction Among Urban Older Adults with Non-Communicable Diseases: A Cross-Sectional Study

Nawapat Chankati, M.D., Nantawat Lertcharoenyong, M.D.

Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok, Thailand

Corresponding author :

Nantawat Lertcharoenyong,
M.D., Faculty of Medicine
Vajira Hospital, Navamindra-
dhiraj University, 681 Samsen
Road, Vajira Subdistrict, Dusit
District, Bangkok 10300,
Thailand
Email: nantawat.l@nmu.ac.th

Received: January 26, 2026;

Revised: February 2, 2026;

Accepted: February 11, 2026

ABSTRACT

Background: Thailand has become an aging society, with most older adults living with non-communicable diseases in urban areas, which may affect life satisfaction. Perceived health status is a key subjective factor reflecting older adults' capacity to adapt and live independently. This study examined the association between perceived health status and life satisfaction among urban older adults with non-communicable diseases, as well as related demographic, social, and health factors.

Design: Cross-sectional study

Methods: A total of 170 participants were recruited using convenience sampling from older adults aged 60 years and above with non-communicable diseases who had received continuous care for at least three months at the Family Medicine Clinic and the Urban Primary Care Clinic, Vajira Hospital, and provided informed consent. Data were collected using a demographic questionnaire and the Life Satisfaction Index A (LSI-A) to measure life satisfaction. Factors associated with life satisfaction were analyzed using univariate and multivariate logistic regression models.

Results: Most older adults reported high life satisfaction (53.53%). Perceived good health status was significantly associated with life satisfaction ($p < 0.05$). Other factors significantly associated with life satisfaction included older age, employment status (particularly retirement), use of healthcare coverage other than the Universal Coverage Scheme, living with relatives or others, and close family interactions.

Conclusions: Perceived health status was the key factor associated with life satisfaction among urban older adults with non-communicable diseases, highlighting the importance of promoting positive health perceptions alongside medical care.

Keywords: life satisfaction, non-communicable diseases, perceived health status

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

นวพรรษ จันทรคติ, พ.บ., นันทวัฒน์ เลิศเจริญวงศ์, พ.บ.

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นันทวัฒน์ เลิศเจริญวงศ์, พ.บ.,
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
681 ถนนสามเสน
แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต
กรุงเทพมหานคร 10300,
ประเทศไทย
Email: nantawat.l@nmu.ac.th

Received: January 26, 2026;

Revised: February 2, 2026;

Accepted: February 11, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอาศัยอยู่ในสังคมเมือง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิต อย่างไรก็ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนความสามารถในการปรับตัวและการดำรงชีวิต แม้มีโรคเรื้อรัง หากผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพของตนยังสามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่เป็นภาระ อาจนำไปสู่ระดับความพึงพอใจในชีวิตที่ดีได้ งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พร้อมทั้งประเมินระดับความพึงพอใจในชีวิตและวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร สังคม และสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

แบบวิจัย: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (convenience sampling) จากผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมาติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน ที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และคลินิกปฐมภูมิเขตเมือง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งสิ้น 170 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดระดับความพึงพอใจในชีวิต เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิต โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ตัวแปรเดียวและโลจิสติกส์พหุคูณ

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.53) โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่พบว่ามีสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น สถานะการทำงานโดยเฉพาะกลุ่มที่เกษียณอายุ การใช้สิทธิการรักษาอื่นนอกเหนือจากสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การอยู่อาศัยร่วมกับญาติหรือบุคคลอื่น และการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวแบบใกล้ชิด

สรุป: การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหลักที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมมุมมองเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพควรเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์

คำสำคัญ: ความพึงพอใจในชีวิต โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ

บทนำ

ปัจจุบันสังคมโลกกำลังจะกลายเป็นสังคมแห่งผู้สูงอายุ โดยพบว่า 1 ใน 9 ของประชากรโลกมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีแนวโน้มจะเพิ่มเป็น 1 ใน 5 ภายในปี พ.ศ. 2567¹ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ได้ก้าวสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567² วัยสูงอายุเป็นช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง ด้านจิตใจที่อาจเผชิญกับความสูญเสีย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมมาเป็นผู้พึ่งพิง นอกจากนี้การอยู่อาศัยในเขตเมืองซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่เร่งรีบ แออัด และมีภาวะเศรษฐกิจผันผวน อาจส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมักต้องเผชิญกับการรักษาที่ต่อเนื่อง ซับซ้อน และมีภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลให้เกิดความเครียด และปัญหาทางจิตใจได้ อย่างไรก็ตามนอกเหนือจากภาวะสุขภาพตามการวินิจฉัยทางการแพทย์แล้ว การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก็ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนมุมมองต่อความสามารถในการจัดการตนเอง การปรับตัว และการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Neugarten et al. ที่ระบุว่า การรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีเป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของความพึงพอใจในชีวิต³

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังมีค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีคำถามวิจัยว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือไม่ และจากแนวคิดของ Palmore et al. ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีสุขภาพไม่ดี แต่คิดว่าตนเองมีสุขภาพดีอาจมีความพึงพอใจในชีวิตสูง⁴ ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า แม้ในภาวะที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หากผู้สูงอายุในเขตเมืองรับรู้สุขภาพของตนยังสามารถควบคุมได้และไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต อาจส่งผลให้มีระดับความพึงพอใจในชีวิตที่สูงได้ นอกจากนี้การ

ศึกษานี้ยังมุ่งศึกษาระดับความพึงพอใจในชีวิตและวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร สังคม และสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพองและหอบหืด ซึ่งมาติดตามการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน ที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และคลินิกปฐมภูมิเขตเมือง โรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 และผู้เข้าร่วมต้องไม่มีโรคซึมเศร้า หรือภาวะสมองเสื่อมที่กระทบต่อความสามารถในการให้ข้อมูล โดยผู้ที่สงสัยภาวะสมองเสื่อมจะได้รับการคัดกรองด้วย MMSE-Thai 2002 หากเข้าข่ายจะถูกคัดออกจากการศึกษา

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (รหัสโครงการวิจัย 027/68 E, เมื่อวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2568)

มีผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 192 คน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้มีผู้ถอนตัวระหว่างการวิจัยจำนวน 7 คน และมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 15 คน ทำให้เหลือผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 170 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สถานะการทำงาน สิทธิการรักษา ราย

ได้ รูปแบบการอยู่อาศัย ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับรู้การควบคุมโรค จำนวนยาที่ใช้ประจำ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรหลักของการศึกษาครั้งนี้ โดยการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยประเมินตนเองจากคำถามว่า “สุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร” ซึ่งแบ่งคำตอบเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ไม่แข็งแรง และแข็งแรงดี อีกทั้งมีการใช้แบบประเมินวัดระดับความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 20 ข้อ ซึ่งพัฒนาโดย Neugarten et al. โดยแปลผลว่า คะแนนยิ่งสูงเท่ากับความพึงพอใจในชีวิตสูงตามไปด้วย³ ซึ่งในประเทศไทย ศรีเรือน แก้วกังวาล ได้นำมาแปลต่อและดัดแปลงเป็นเครื่องมือ 18 ข้อคำถาม ร่วมกับปรับสเกลคำถามในแบบทดสอบให้มีระดับของคำตอบเป็น 5 ระดับคือ 1-5 คะแนน ได้แก่ ไม่เห็นด้วยจริง ๆ ไม่เห็นด้วย ไม่ตัดสินใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยจริง ๆ ตามลำดับ⁵ ซึ่งต่อมา สุจิตรา นิลเลิศ ได้นำมาพัฒนาต่อโดยปรับเครื่องมือเป็น 20 ข้อคำถาม เหมือนต้นฉบับของต่างประเทศ แต่แบ่งระดับของคำตอบเป็น 5 ระดับ ตามต้นฉบับของไทย

โดยตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาพบว่า เครื่องมือมีความเหมาะสม และมีค่าความเที่ยงสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.82⁶ ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินวัดระดับความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction Index A, LSI-A) ฉบับแปลไทย 20 ข้อคำถาม แบ่งระดับคำตอบเป็น 5 ระดับ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 20-100 คะแนน และนำคะแนนที่ได้มาแจกแจงแบบปกติ แล้วจัดกลุ่มออกเป็น 4 ควอไทล์ คือ LSIA1 (20-61), LSIA2 (62-66), LSIA3 (67-73) และ LSIA4 (74-100) โดยในกลุ่ม LSIA1 และ LSIA2 แปลผลว่ามีระดับความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ส่วนในกลุ่ม LSIA3 และ LSIA4 แปลผลว่ามีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยในต่างประเทศของ Wu et al.⁷

ในการวิเคราะห์ข้อมูลจะแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา สถานะการทำงาน สิทธิการรักษา รายได้ รูปแบบการอยู่อาศัย ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว การรับรู้การควบคุมโรค จำนวนยาที่ใช้ประจำ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งจะรายงานด้วยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ ส่วนในกลุ่มข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ระดับความ

พึงพอใจในชีวิต จะรายงานด้วยค่าเฉลี่ย นอกจากนี้ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความพึงพอใจในชีวิตจะใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ จากนั้นนำมาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ตัวแปรเดียว เพื่อหาความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย นำเสนอด้วยค่า crude odds ratio (COR) และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์พหุคูณ เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกัน จะได้ค่า adjusted odds ratio (AOR) โดยมีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 หรือ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลพบว่า มีผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและเข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 170 คน โดยผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 53.53 และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในชีวิตอยู่ที่ 67.71 คะแนน

จากตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกเป็นกลุ่มที่มีความพึงพอใจในชีวิตระดับต่ำ จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 46.47 และกลุ่มที่มีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูง จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 53.53 ผลการวิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยหลักของการศึกษาครั้งนี้ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานะการทำงาน สิทธิการรักษา รายได้ ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการรับรู้การควบคุมโรคในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ($p < 0.05$) โดยในปัจจัยด้านการรับรู้การควบคุมโรค พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคถุงลมโป่งพองและหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็ง และโรคไตวายเรื้อรัง มีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย 3, 4, 5, 8 และ 15 คน ตามลำดับ ซึ่งมีปริมาณกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย ทำให้เกิดข้อจำกัดในการวิเคราะห์ทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญ จึงไม่สามารถสรุปหรืออภิปรายผลในกลุ่มโรคเหล่านี้ได้อย่างชัดเจน

ตารางที่ 1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวแปร	จำนวนคน จำนวน (ร้อยละ)	ระดับความพึงพอใจในชีวิต (ร้อยละ)		p-value
		ความพึงพอใจต่ำ (N= 79)	ความพึงพอใจสูง (N=91)	
เพศ				
ชาย	58 (34.12)	26 (44.83)	32 (55.17)	0.757
หญิง	112 (65.88)	53 (47.32)	59 (52.68)	
อายุ				
60-64 ปี	74 (43.53)	32 (43.24)	42 (56.76)	0.156
65-69 ปี	54 (31.76)	28 (51.85)	26 (48.15)	
70-74 ปี	26 (15.29)	15 (57.69)	11 (42.31)	
≥ 75 ปี	16 (9.41)	4 (25.00)	12 (75.00)	
สถานภาพสมรส				
โสด	40 (23.53)	20 (50.00)	20 (50.00)	0.112
สมรส/อยู่ด้วยกัน	95 (55.88)	38 (40.00)	57 (60.00)	
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	35 (20.59)	21 (60.00)	14 (40.00)	
การศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	114 (67.06)	56 (49.12)	58 (50.88)	0.323
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	56 (32.94)	23 (41.07)	33 (58.93)	
สถานะการทำงาน				
ว่างงาน	44 (25.88)	29 (65.91)	15 (34.09)	0.003*
มีทำงาน	62 (36.47)	29 (46.77)	33 (53.23)	
เกษียณอายุ	64 (37.65)	21 (32.81)	43 (67.19)	
สิทธิการรักษา				
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	53 (31.18)	34 (64.15)	19 (35.85)	0.002*
อื่น ๆ	117 (68.82)	45 (38.46)	72 (61.54)	
รายได้				
ไม่พอใช้	25 (14.71)	17 (68.00)	8 (32.00)	0.019*
เพียงพอ	145 (85.29)	62 (42.76)	83 (57.24)	
รูปแบบการอยู่อาศัย				
อยู่คนเดียว	24 (14.12)	10 (41.67)	14 (58.33)	0.611
อยู่กับญาติหรือบุคคลอื่น	146 (85.88)	69 (47.26)	77 (52.74)	
ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว				
ห่างเหิน	16 (9.41)	13 (81.25)	3 (18.75)	0.003*
แน่นแฟ้น/ใกล้ชิด	154 (90.59)	66 (42.86)	88 (57.14)	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ				
ไม่แข็งแรง	36 (21.18)	28 (77.78)	8 (22.22)	<0.001*
แข็งแรงดี	134 (78.82)	51 (38.06)	83 (61.94)	
การรับรู้การควบคุมโรค				
เป็นโรคเบาหวาน				
ควบคุมไม่ได้	6 (3.53)	4 (66.67)	2 (33.33)	0.018*
ควบคุมได้ดี	40 (23.53)	11 (27.50)	29 (72.50)	
ไม่เป็นโรคเบาหวาน	124 (72.94)	64 (51.61)	60 (48.39)	

ตารางที่ 1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวนคน จำนวน (ร้อยละ)	ระดับความพึงพอใจในชีวิต (ร้อยละ)		p-value
		ความพึงพอใจต่ำ (N= 79)	ความพึงพอใจสูง (N=91)	
การรับรู้การควบคุมโรค				
เป็นโรคความดันโลหิตสูง				
ควบคุมไม่ได้	8 (4.71)	5 (62.50)	3 (37.50)	
ควบคุมได้ดี	110 (64.71)	53 (48.18)	57 (51.82)	
ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	52 (30.59)	21 (40.38)	31 (59.62)	0.421
เป็นโรคไขมันในเลือดสูง				
ควบคุมไม่ได้	25 (14.71)	14 (56.00)	11 (44.00)	
ควบคุมได้ดี	140 (82.35)	62 (44.29)	78 (55.71)	
ไม่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง	5 (2.94)	3 (60.00)	2 (40.00)	0.461
เป็นโรคอ้วน				
ควบคุมไม่ได้	67 (39.41)	26 (38.81)	41 (53.53)	
ควบคุมได้ดี	16 (9.41)	10 (62.50)	6 (37.50)	
ไม่เป็นโรคอ้วน	87 (51.18)	43 (49.43)	44 (50.57)	0.170
จำนวนยาที่ใช้ประจำ				
< 5 ชนิด	111 (65.29)	48 (43.24)	63 (56.76)	0.247
≥ 5 ชนิด	59 (34.71)	31 (52.54)	28 (47.46)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ตัวแปรเดียว (univariate logistic regression) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์พหุคูณ (multivariate logistic regression) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวแปร	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	COR (95% CI)	P-value	AOR (95% CI)	P-value
เพศ				
ชาย	Ref.		Ref.	
หญิง	0.90 (0.48-1.71)	0.757	1.24 (0.47-3.23)	0.665
อายุ				
60-64 ปี	Ref.		Ref.	
65-69 ปี	0.71 (0.35-1.43)	0.336	0.92 (0.35-2.43)	0.874
70-74 ปี	0.56 (0.23-1.38)	0.207	0.76 (0.23-2.57)	0.663
≥ 75 ปี	2.29 (0.67-7.75)	0.185	8.48 (1.25-57.72)	0.029*
สถานภาพสมรส				
โสด	Ref.		Ref.	
สมรส/อยู่ด้วยกัน	1.50 (0.71-3.15)	0.285	2.22 (0.70-7.06)	0.177
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	0.67 (0.27-1.67)	0.386	1.09 (0.30-4.05)	0.893
การศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	Ref.		Ref.	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	1.39 (0.73-2.64)	0.323	0.77 (0.29-2.06)	0.608

ตารางที่ 2. ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ตัวแปรเดียว (univariate logistic regression) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์พหุคูณ (multivariate logistic regression) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ต่อ)

ตัวแปร	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	COR (95% CI)	P-value	AOR (95% CI)	P-value
สถานะการทำงาน				
ว่างงาน	Ref.		Ref.	
มีทำงาน	2.20 (0.99-4.89)	0.053	3.23 (0.99-10.56)	0.053
เกษียณอายุ	3.96 (1.76-8.92)	0.001*	4.75 (1.37-16.48)	0.014*
สิทธิการรักษา				
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	Ref.		Ref.	
อื่น ๆ	2.86 (1.46-5.62)	0.002*	3.30 (1.24-8.80)	0.017*
รายได้				
ไม่พอใช้	Ref.		Ref.	
เพียงพอ	2.84 (1.15-7.01)	0.023*	2.31 (0.59-9.15)	0.227
รูปแบบการอยู่อาศัย				
อยู่คนเดียว	Ref.		Ref.	
อยู่กับญาติหรือบุคคลอื่น	0.80 (0.33-1.91)	0.611	0.12 (0.02-0.61)	0.010*
ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว				
ห่างเหิน	Ref.		Ref.	
แน่นแฟ้น/ใกล้ชิด	5.78 (1.58-21.10)	0.008*	31.59 (3.19-312.99)	0.003*
การรับรู้ภาวะสุขภาพ				
ไม่แข็งแรง	Ref.		Ref.	
แข็งแรงดี	5.70 (2.41-13.46)	< 0.001*	5.81 (1.85-18.26)	0.003*
การรับรู้การควบคุมโรค				
เป็นโรคเบาหวาน				
ควบคุมไม่ได้	Ref.		Ref.	
ควบคุมได้ดี	5.27 (0.84-32.99)	0.076	7.72 (0.55-107.97)	0.129
ไม่เป็นโรคเบาหวาน	1.88 (0.33-10.61)	0.477	1.00 (0.08-12.70)	0.998
เป็นโรคความดันโลหิตสูง				
ควบคุมไม่ได้	Ref.		Ref.	
ควบคุมได้ดี	1.79 (0.41-7.87)	0.439	1.48 (0.24-9.13)	0.672
ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง	2.46 (0.53-11.42)	0.250	2.43 (0.35-16.79)	0.368
เป็นโรคไขมันในเลือดสูง				
ควบคุมไม่ได้	Ref.		Ref.	
ควบคุมได้ดี	1.60 (0.68-3.77)	0.282	1.61 (0.46-5.72)	0.458
ไม่เป็นโรคไขมันในเลือดสูง	0.85 (0.12-6.00)	0.869	1.76 (0.15-20.87)	0.654
เป็นโรคอ้วน				
ควบคุมไม่ได้	Ref.		Ref.	
ควบคุมได้ดี	0.38 (0.12-1.17)	0.092	0.23 (0.05-1.11)	0.067
ไม่เป็นโรคอ้วน	0.65 (0.34-1.24)	0.190	0.55 (0.23-1.32)	0.181
จำนวนยาที่ใช้ประจำ				
< 5 ชนิด	Ref.		Ref.	
≥ 5 ชนิด	0.69 (0.37-1.30)	0.248	1.41 (0.49-4.04)	0.521

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์พหุคูณ เพื่อระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างเป็นอิสระต่อความพึงพอใจในชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพยังคงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 5.81, 95% CI = 1.85-18.26, $p = 0.003$) นอกจากนี้ปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ (AOR = 8.48, 95%CI = 1.25-57.72, $p = 0.029$) สถานะการทำงาน (AOR = 4.75, 95%CI = 1.37-16.48, $p = 0.014$) สิทธิการรักษา (AOR = 3.30, 95%CI = 1.24-8.80, $p = 0.017$) รูปแบบการอยู่อาศัย (AOR = 0.12, 95%CI = 0.02-0.61, $p = 0.010$) และปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว (AOR = 31.59, 95%CI = 3.19-312.99, $p = 0.003$)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีระดับความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ง่าย มีกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย อีกทั้งมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้เกิดการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชัยฤทธิ์ โพธิสุวรรณ และอรุณี บุญอุรพิภโย ที่ศึกษาในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข ภาค 2 กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง⁸ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ดารารัตน์ อานันท์นะสูงวงศ์ และอุดมศักดิ์ ศิลประชาวงศ์ ที่พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมืองมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท⁹ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ปัจจัยด้านประชากร

อายุ

ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อาจเป็นเพราะว่าอายุที่มากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีการยอมรับตนเองและเห็นคุณค่าของชีวิตมากขึ้น สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้าน

ร่างกายและสุขภาพได้ดี และมีความคาดหวังในชีวิตลดลง ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชัยฤทธิ์ โพธิสุวรรณ และอรุณี บุญอุรพิภโย และงานวิจัยของ ดารารัตน์ อานันท์นะสูงวงศ์ และอุดมศักดิ์ ศิลประชาวงศ์ ที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจในชีวิต^{8,9}

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

สถานะการทำงาน

ผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่ว่างงาน อาจเป็นเพราะผู้ที่เกษียณอายุมักมีรายได้ประจำจากบำนาญหรือกองทุนต่าง ๆ ซึ่งช่วยสร้างความมั่นคงทางการเงิน อีกทั้งงานราชการมักเป็นอาชีพที่ให้คุณค่าทางสังคมสูง ดังนั้นเมื่อเกษียณแล้วผู้สูงอายุเหล่านี้จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Warr et al. ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ว่างงาน มีความเป็นอยู่ทางอารมณ์และความพึงพอใจในชีวิตต่ำกว่าผู้ที่ทำงานหรือเกษียณแล้ว¹⁰ เช่นเดียวกับงานวิจัยในไทยของ วุฒิมาน ห้วยทราย และศรายุทธ ชูสุทนต์ ที่พบว่าผู้เกษียณอายุ โดยเฉพาะข้าราชการบำนาญ มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า¹¹ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีงานทำจะพบว่ามีความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างจากผู้ว่างงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็มีความโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่า ($p = 0.053$) อาจเป็นเพราะว่าการมีงานทำช่วยสะท้อนถึงบทบาททางสังคมที่ยังคงอยู่ แสดงถึงความสามารถในการพึ่งพาตนเองและสร้างความมั่นคงทางการเงิน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Tang et al. และงานวิจัยของ สรสร จวงษ์ และคณะ ที่พบว่าการทำงานโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับระดับความพึงพอใจในชีวิต^{12,13}

สิทธิการรักษา

ผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิการรักษาอื่น ๆ ที่ไม่ใช่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจเป็นเพราะสิทธิอื่น ๆ เช่น กรมบัญชีกลาง เบิกจ่ายตรง รวมถึงประกันสังคมสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้หลากหลาย ทั้งในเครือรัฐบาลหรือเอกชน ทำให้มีความสะดวก รวดเร็ว ไม่ต้อง

รอคอยนาน ในขณะที่ผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ยาก บางคนอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ต้องใช้ระบบการส่งต่อที่มีความซับซ้อน ยุ่งยาก และตัวเลือกในการรักษาบางอย่างถูกจำกัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและใจ ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตในภาพรวมที่ลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สิริ นทร์ญา และคณะ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มักอยู่ในกลุ่มฐานะด้อยกว่า และมีผลลัพธ์ทางสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่ใช้สิทธิข้าราชการ หรือประกันสังคม¹⁴

รูปแบบการอยู่อาศัย

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับญาติหรือบุคคลอื่นมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียว อาจเป็นเพราะว่าการอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว บุตรหรือญาติพี่น้อง ช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนมีบทบาทในครอบครัว ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shin and Sok และงานวิจัยในไทยของ พชร คุ้มจักรพันธุ์ และวรรณิ จันทรสว่าง ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวมีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวอย่างมีนัยสำคัญ^{15,16}

ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ผู้สูงอายุที่มีปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวแบบใกล้ชิดมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ห่างเหิน อาจเป็นเพราะความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจ การได้รับกำลังใจและการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และเพิ่มความสามารถในการปรับตัวต่อปัญหาในชีวิต ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mpofu et al. รวมถึงงานวิจัยในไทยของ อรุณฯ อุดมสมฤดี และงานวิจัยของเพ็ญพิชญ์ จันทรานภรณ์ และธีรพัฒน์ วงศ์คุ้มสิน ที่พบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดี มีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ¹⁷⁻¹⁹

3. ปัจจัยด้านสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่มองว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดีมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่มองว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง

ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัว แต่หากพวกเขามองว่าสามารถดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยไม่เป็นภาระผู้อื่น ก็จะมีแนวโน้มรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pinto et al. รวมถึงงานวิจัยในไทยของ อุทัยวรรณ กศานต์สกุล และงานวิจัยของ เรณา พงษ์เรืองพันธุ์ และประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธุ์ ที่ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้สุขภาพของตนเองในทางบวกมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตที่สูง²⁰⁻²²

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาด้านการรับรู้การควบคุมโรคกลับพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงโรคต่ำ ไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการแสดงของโรคมามาก จึงอาจส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ที่มองว่าควบคุมโรคได้ดีและไม่ดี ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวทางการนำไปใช้ประโยชน์

1. ส่งเสริมการรับรู้สุขภาพตนเองในเชิงบวก

ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการควบคุมโรค เพื่อเสริมศักยภาพความมั่นใจ และการมองเห็นความสามารถของตนเองมากกว่าข้อจำกัดด้านสุขภาพ

2. การพัฒนาและเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบ

บริการสุขภาพเนื่องจากผู้สูงอายุบางกลุ่มอาจไม่เข้าใจถึงสิทธิการรักษาของตนเอง ดังนั้นควรมีการให้ข้อมูลสิทธิการรักษาในรูปแบบที่เข้าใจง่าย พร้อมปรับปรุงระบบบริการ โดยเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้เข้าถึงบริการได้หลากหลาย สะดวก ลดความซับซ้อนของระบบส่งต่อและลดระยะเวลาการรอคอย เพื่อยกระดับคุณภาพบริการและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

3. พัฒนาเครือข่ายครอบครัวและสังคมสำหรับผู้สูง

อายุควรมีนโยบายส่งเสริมกิจกรรมที่เพิ่มปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน เช่น กิจกรรมเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับลูกหลาน รวมถึงสนับสนุนการมีบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนและครอบครัว เพื่อลดความโดดเดี่ยวและเพิ่มคุณค่าในตนเอง

4. การส่งเสริมศักยภาพและสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจควรสนับสนุนการมีรายได้และสร้างอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ ส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิประโยชน์และเงินสนับสนุนจากรัฐ จัดอบรมให้ความรู้ด้านการวางแผนทางการเงินในวัยทำงานเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณ รวมถึงขยายระบบบำนาญพื้นฐานหรือกองทุนออมเพื่อวัยเกษียณ เพื่อสร้างความมั่นคงทางรายได้และเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. การขยายกลุ่มตัวอย่าง ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างหรือขยายพื้นที่การเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละโรคมามากขึ้น และเพียงพอต่อการวิเคราะห์ทางสถิติ อีกทั้งในอนาคตอาจขยายขอบเขตการศึกษาเป็นในหลายพื้นที่หรือหลายจังหวัด เพื่อให้ผลลัพธ์สามารถสะท้อนภาพรวมระดับประเทศได้ดียิ่งขึ้น

2. พิจารณาปัจจัยทางจิตสังคมเพิ่มเติม ควรเพิ่มการศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความเหงา การสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยเกี่ยวกับจิตวิญญาณหรือศาสนา ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตในบริบทของผู้สูงอายุไทย

ข้อเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือ เป็นงานวิจัยที่มุ่งเน้นศึกษาผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตเมือง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง และจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้งานวิจัยนี้ใช้แบบวัด Life Satisfaction Index A (LSI-A) ซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากล และมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทไทย ช่วยให้การวัดมีความน่าเชื่อถือ และสามารถเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น ๆ ได้

ข้อจำกัดในงานวิจัยนี้คือ เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ครอบครัว และคลินิกปฐมภูมิเขตเมืองของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพระดับสูง และมัก

เป็นผู้ที่มีความรุนแรงของโรคต่ำหรือมีภาวะแทรกซ้อนน้อย ส่งผลให้ผลลัพธ์ที่พบ โดยเฉพาะขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการ เช่น สิทธิการรักษา สถานะการทำงาน หรือการรับรู้ภาวะสุขภาพ อาจสะท้อนบริบทเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ มากกว่าที่จะเป็นลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุในเขตเมืองทั้งหมด นอกจากนี้การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แบ่งเพียง 2 ระดับ คือ ไม่แข็งแรง และแข็งแรงดี อาจไม่สามารถสะท้อนความแตกต่างของการรับรู้สุขภาพในระดับย่อยได้อย่างละเอียด ทำให้ไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในชีวิตได้อย่างชัดเจน

สรุป

ผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มิมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง โดยพบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความพึงพอใจในชีวิต กล่าวคือผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านอายุ สถานะการทำงาน สิทธิการรักษา รูปแบบการอยู่อาศัย และปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตเช่นเดียวกัน สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพเชิงบวกควบคู่กับการดูแลด้านสังคมและครอบครัว

Highlights

1. ผู้สูงอายุในเขตเมืองที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่มิมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ สถานะการทำงาน สิทธิการรักษา รูปแบบการอยู่อาศัย ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพ
3. ผู้สูงอายุที่มองว่าตนเองมีสุขภาพดี มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในชีวิตที่สูงอย่างมีนัยสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

1. สร้างสรรค์งานออกแบบ (TCDC). Aging Society VS. Aged Society in Global and Thai Context [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 6 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://resource.tcdc.or.th/ebook/AgingSociety_Report_official.pdf
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 (อินเทอร์เน็ต). 2567 [สืบค้นเมื่อ 6 พ.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20241003145311_ศูนย์94190.pdf
3. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *J Gerontol*. 1961;16:134-43. doi:10.1093/geronj/16.2.134.
4. Palmore EB, Luikart C. Health and social factors related to life satisfaction. *J Health Soc Behav*. 1972;13:68-80. doi:10.2307/2136974.
5. ศรีเรือน แก้วกังวาล. แบบทดสอบ LSIA และ Life Experience Test: การสร้างและวิธีใช้วัดความพอใจในชีวิตและพฤติกรรมสังคม. ใน: รายงานผลการวิจัยในการประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 28; 29-31 มกราคม 2533; กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2533. หน้า 861-9.
6. สุจิตรา นิลเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
7. Wu W, Shang Y, Calderón-Larrañaga A, Rizzuto D, Saadeh M, Dove A, et al. Association of life satisfaction with disability-free survival: role of chronic diseases and healthy lifestyle. *Age Ageing*. 2021;50:1657-65. doi:10.1093/ageing/afab086.
8. ชัยฤทธิ์ โพธิสุวรรณ, อรุณี บุญอรุณพิเชษฐ์. ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข ภาค 2 กรุงเทพมหานคร. *วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์*. 2542;14:93-114.
9. Anantanasuwong D, Seenprachawong U. Life satisfaction of the older Thai: findings from the pilot HART. In: Smith JP, Majmundar M, editors. *Aging in Asia: findings from new and emerging data initiatives*. Washington (DC): National Academies Press; 2012. p. 363-87. doi:10.17226/13361.
10. Warr P, Butcher V, Robertson I, Callinan M. Older people's well-being as a function of employment, retirement, environmental characteristics and role preference. *Br J Psychol*. 2004;95(Pt 3):297-324. doi:10.1348/0007126041528095.
11. วุฒิเมธา ห้วยทราย, ศรายุทธ ชูสุนา. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2566;32:165-76.
12. Tang F, Chen H, Zhang Y, Mui AC. Employment and life satisfaction among middle- and old-aged adults in China. *Gerontol Geriatr Med*. 2018;4:2333721418778202. PubMed PMID: 30038952
13. Joowong S, Junsirimongkol B, Khaektao P, Doungy-ota T, Paomee K. A cross-sectional study of factors associated with life satisfaction in Thai elderly. *Eur Psychiatry*. 2022;65(Suppl 1):S91-S92. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.271.
14. Kaikeaw S, Punpuing S, Chamchan C, Prasartkul P. Socioeconomic inequalities in health outcomes among Thai older population in the era of Universal Health Coverage: trends and decomposition analysis. *Int J Equity Health*. 2023;22:144. doi:10.1186/s12939-023-01952-0.
15. Shin SH, Sok SR. A comparison of the factors influencing life satisfaction between Korean older people living with family and living alone. *Int Nurs Rev*. 2012;59:252-8. doi:10.1111/j.1466-7657.2011.00946.x.
16. พัทธี คมจักรพันธ์, วรณิ จันทร์สว่าง. การศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยที่แตกต่างกัน. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 2553;11:1-12.
17. Mpofu E, Zhan RF, Yin C, Brock K. Qualities of Older Adults' Family and Friendship Relationships and Their Association with Life Satisfaction. *Geriatrics*. 2024;9:49. doi:10.3390/geriatrics9020049.
18. อรุณ อุดมสมฤติ. สัมพันธภาพในครอบครัวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ [สารนิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2550.
19. Chantranapaporn P, Wongkumsin T. Family relationship, life satisfaction and spiritual well-being among the elderly of the senior club at Klong Sam Wa Public Health Center 64. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2020;24:234-47. doi:10.55064/prijnr2020.24.2.234.
20. Pinto JM, Fontaine AMGV, Neri AL. The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;65:104-10.
21. อุทัยวรรณ กศานต์สกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงมหาดไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2536.
22. เรณา พงษ์เรืองพันธ์, ประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก. *ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*; 2542.
23. Ocampo JM. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colombia Medica (Cali)*. 2010; 41:275-89.

24. Almevall A, Dahlin Almevall A, Öhlin J, Gustafson Y, Zingmark K, Niklasson J, et al. Self-rated health in old age, related factors and survival: A 20-year longitudinal study within the Silver-MONICA cohort. Arch Gerontol Geriatr. 2024;122:105392. PubMed PMID: 38492492
25. Kang W, Malvaso A. Self-rated health (SRH) partially mediates and associations between personality traits and life satisfaction in older adults. Front Psychol. 2023;14:1189194. PubMed PMID: 37484078
26. Park S, Kang SW. Factors related to self-rated health among community-dwelling older adults. Healthcare (Basel). 2025;13:314. PubMed PMID: 39942503
27. สุชาดา สมบูรณ์, ศิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, ชมณาด สุ่มเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารเกื้อการุณย์. 2561;25:141-53.

ORIGINAL ARTICLE

Effect of Medication Album and Medical Adherence in Patients with Chronic Disease in Primary Care

Krirkkarn Polwipathanakul, M.D.

Sawanpracharak Hospital, Nakhonsawan Province, Thailand

Corresponding author :

Krirkkarn Polwipathanakul,
M.D., Sawanpracharak Hos-
pital, 43 Atthakawee Rd.,
Paknampo, Mueng, Nakhon-
sawan 60000, Thailand
Email: Pondz-@hotmail.com

Received: January 31, 2026;

Revised: February 23, 2026;

Accepted: March 9, 2026

ABSTRACT

Background: Patients with chronic diseases who fail to achieve target levels of disease control in the service areas of Ban Wat Cai and Bang Muang Primary Care Units, Nakhon Sawan, Thailand, often require medication adjustments to optimize disease management. However, incorrect medication use following these adjustments has frequently been observed, resulting in suboptimal disease control. To address this issue, a medication album was introduced to support medication adjustments among patients with chronic diseases. Nevertheless, evidence regarding the effectiveness of this intervention remains limited. This study aimed to compare the medication adherence of patients with chronic diseases who underwent medication adjustments in a group that used a medication album supported by verbal counseling and a group that received medication adjustments with verbal counseling alone.

Methods: This study was conducted as a Quasi-experimental study with a non-equivalent control group design. Patients with chronic diseases receiving services at Bang Muang Primary Care Unit underwent medication adjustments supported by a medication album and verbal counseling, whereas those at Ban Wat Cai Primary Care Unit received medication adjustments with verbal counseling alone. Medication adherence was evaluated by assessing patients' ability to explain their medication regimens and through pill counts. Evaluations were performed by pharmacists who were blinded to the intervention groups. Comparative analyses between groups were conducted using multivariable log-risk regression.

Result: A total of 144 patients with chronic diseases were included in the study. One hundred and six patients remained after excluding patients according to exclusion criteria. Of these, 42 patients received medication adjustments supported by the medication album, whereas 64 patients received medication adjustments without the medication album. Multivariable log-risk regression analysis demonstrated that patients who received medication adjustments supported by the medication album were 1.31 times more likely to use their medications correctly than those who did not receive the medication album (95% CI, 1.08–1.59).

Conclusion: The integration of a medication album with verbal explanation during medication adjustment significantly enhances medication adherence among patients with chronic diseases who have a history of inappropriate medication use in the primary care setting. So, this study recommends using a medication album as standard care for patients with chronic disease in primary care.

Keywords: chronic disease, compliance, adherence, medication album, medication book

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการใช้สมุดรายการยาในการปรับยาด้วยความร่วมมือในการใช้ยา
ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

เกริกกาญจน์ พลวิพัฒน์กุล, พ.บ.

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ผู้รับผิดชอบบทความ:

เกริกกาญจน์ พลวิพัฒน์กุล, พ.บ.,
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
43 ถ.อรรถกวี ตำบลปากน้ำโพ
อ.เมือง จ.นครสวรรค์ 60000,
ประเทศไทย

Email: Pondz@hotmail.com

Received: January 31, 2026;

Revised: February 23, 2026;

Accepted: March 9, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านวัดไทร และ รพ.สต.บางม่วง จังหวัดนครสวรรค์ที่ควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมายจะได้รับการปรับยาเพื่อให้ควบคุมโรคได้ดีขึ้น แต่พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้องหลังจากปรับยา ทำให้ยังควบคุมโรคไม่ได้ จึงมีการนำสมุดรายการยามาช่วยในการปรับยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประวัติใช้ยาไม่ถูกต้อง แต่อย่างไรก็ตามผลของการใช้สมุดรายการยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นยังมีข้อมูลจำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการปรับยาระหว่างกลุ่มที่ใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการปรับยาและกลุ่มที่ได้รับคำอธิบายการปรับยาเพียงอย่างเดียว

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษารูปแบบ Quasi-experimental study with non-equivalent control group design กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการที่ รพ.สต.บางม่วงได้รับการปรับยาด้วยการใช้สมุดรายการยาร่วมกับการอธิบายการปรับยา รพ.สต. บ้านวัดไทรได้รับการปรับยาด้วยการอธิบายการปรับยาเพียงอย่างเดียว เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา โดยคิดจากการให้ผู้ป่วยอธิบายการใช้ยา และนับปริมาณยาที่เหลือ โดยเภสัชกรที่ไม่ทราบว่าคุณผู้ป่วยได้รับการปรับยารูปแบบใด

ผลการศึกษา: มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการศึกษา 144 ราย หลังคัดผู้ป่วยออกตามเกณฑ์การคัดออกเหลือผู้ป่วย 106 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ใช้สมุดรายการยาที่ รพ.สต.บางม่วง 42 ราย และผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้สมุดรายการยาที่ รพ.สต. บ้านวัดไทร 64 ราย หลังการวิเคราะห์ด้วย multi-variable log risk regression พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สมุดรายการยาในการอธิบายการปรับยา ใช้ยาได้ถูกต้องเป็น 1.31 เท่า (95%CI, 1.08-1.59) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยไม่ได้ใช้สมุดรายการยา

สรุป: การใช้สมุดรายการยาร่วมกับการอธิบายการปรับยาสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ จึงควรพิจารณานำสมุดรายการยามาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: โรคเรื้อรัง ความร่วมมือในการรักษา ความร่วมมือในการใช้ยา สมุดรายการยา อัลบั้มยา

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases, NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติของประเทศไทย และมีแนวโน้มความชุกที่มากขึ้นตามอายุ ซึ่งกลุ่มโรคเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง อันนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่มากขึ้น¹⁻⁴ ดังนั้นการควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงมีความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการจะควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้เป็นไปตามเกณฑ์เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้นั้นจำเป็นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค หากยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายจะต้องใช้ยาเพื่อควบคุมโรค¹⁻⁴ การใช้ยา และการปรับเปลี่ยนยาเพื่อให้เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการควบคุมโรคให้เป็นไปตามเป้าหมาย

เนื่องจากว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และมักไม่มีการให้ความร่วมมือในการใช้ยา คือ ความร่วมมือ และปฏิบัติตามในการใช้ยาทั้งด้านขนาด จำนวน ความถี่ และเวลาการใช้ยาตามที่แพทย์แนะนำ ไม่ดีเท่าที่ควร⁵⁻⁸

เช่นเดียวกันกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดไทร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางม่วง อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ หากผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมายจะได้รับการแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และปรับยาให้เหมาะสมมากขึ้น จากการสำรวจการใช้ยาของผู้ป่วยหลังจากการได้รับการปรับยาช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 พบว่ามีกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อที่ได้รับการปรับยาทั้งสิ้น 42 ราย จากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการทั้งสิ้น 192 ราย มีผู้ป่วยที่ใช้ยาไม่ถูกต้อง 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.0 เป็นผลทำให้ควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งผู้ป่วยจาก 17 ราย ที่ใช้ยาไม่ถูกต้อง มีถึง 12 ราย (ร้อยละ 70.0) ให้เหตุผลว่าไม่ทราบวิธีใช้ยา 4 ราย (ร้อยละ 25.0) ให้เหตุผล

ว่าเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และ 1 ราย (ร้อยละ 5.0)
ให้เหตุผลว่ายาหมด

จากการศึกษาก่อนหน้าพบว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (cognitive behavioral therapy, CBT) การใช้ภูมิตนยา การใช้บัตรภาพยา และการใช้กล่องยาอิเล็กทรอนิกส์ สามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้^{6,9-11} แต่ด้วยบริบทของหน่วยบริการทั้งสองแห่งข้างต้นที่มีผู้ป่วยจำนวนมากจึงไม่สามารถทำการบำบัดพฤติกรรมในผู้ป่วยที่ได้รับการปรับยาทุกรายได้ และไม่มียงบประมาณในการจัดซื้อจัดทำภูมิตนยา บัตรภาพยา และกล่องยาอิเล็กทรอนิกส์

ที่หน่วยบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เช่น ห้องตรวจผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative clinic) ห้องตรวจผู้ป่วยโรค HIV (HIV clinic) และห้องตรวจคลินิกระงับอาการปวด (pain clinic) มีการนำสมุดรายการยาที่มีแสดงเม็ดยา และบรรจุภัณฑ์มาใช้ในการทบทวนยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ในกรณีที่มารับยาต่อจากสถานบริการอื่น และทบทวนการใช้ยาหลังจากการปรับเปลี่ยนยา พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น หลังจากนำสมุดรายการยาที่มีการจัดทำอยู่เดิมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางม่วงมาใช้ประกอบการอธิบายการปรับยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการปรับยา พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามผลของการใช้สมุดรายการยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นยังมีข้อจำกัด

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาแบบ Quasi-experimental study with non-equivalent control group design เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการปรับยาด้วยการใช้สมุดรายการยาที่มีเนื้อหา ได้แก่ บรรจุภัณฑ์ทั้งด้านหน้า และด้านหลัง และเม็ดยาทั้งด้านหน้าและด้านหลัง (รูปที่ 1) ประกอบคำอธิบายการปรับยา คือ อธิบายว่ายาชนิดเดิมเป็นยาอะไร ลักษณะเป็นอย่างไร และใช้อย่างไร เปลี่ยนเป็นยาชนิดใด ลักษณะเป็นอย่างไร และใช้อย่างไร



รูปที่ 1. ตัวอย่างสมุดรายการยา

เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการปรับยาด้วยการอธิบายการปรับยาเพียงอย่างเดียว โดยกำหนดให้กลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางม่วงเป็นกลุ่มที่ใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการปรับยา และกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดไทรเป็นกลุ่มที่ได้รับการอธิบายการปรับยาเพียงอย่างเดียว เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาว่าใช้ยาถูก หรือผิด ด้วยการให้ผู้ป่วยอธิบายการใช้ยา ร่วมกับการนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ^{5,6} ในการรับบริการครั้งถัดไป โดยผู้ป่วยที่ถูกระบุว่าใช้ยาถูกต้องจะต้องอธิบายการใช้ยาได้ถูกต้องตามแพทย์สั่ง และจำนวนยาที่เหลือสอดคล้องกับจำนวนเม็ดยาที่ได้รับ และช่วงระยะเวลาที่นัดติดตามอาการ หากไม่เป็นไปตามดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยรายดังกล่าวจะถูกระบุว่าใช้ยาไม่ถูกต้อง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เอกสารรับรองเลขที่ COE.No.29/2568 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2568

เกณฑ์การคัดเข้า คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการปรับยาที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการทั้งสองแห่งข้างต้น

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะความจำถดถอยซึ่งคัดกรองด้วยวิธี mini-cog (sensitivity 85.71%, specificity 79.41%)¹² 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งคัดกรองด้วยวิธี 2Q, 9Q (sensitivity 86.15%, specificity

83.12%)¹³ 3) มีผู้ดูแลจัดยาให้ผู้ป่วย

ทำการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 จากการทดลองใช้สมุดรายการยาในการปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางม่วง ซึ่งมีการจัดทำสมุดรายการยาอยู่เดิม จำนวน 10 ราย พบว่า ใช้ยาถูก 9 ราย ใช้ยาผิด 1 ราย เนื่องจากเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการปรับยาด้วยการอธิบายเพียงอย่างเดียวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดไทร 37 ราย รับประทานยาถูก 25 ราย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย program Stata 12 ที่ $N = 2:1$ power = 0.9 ทดสอบ 2 ทิศทาง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 ได้ผู้ป่วยที่ใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการปรับยาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางม่วง 24 ราย และผู้ป่วยที่อธิบายการปรับยาด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียวจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดไทร 48 ราย รวม 72 ราย

เมื่อผู้ป่วยควบคุมโรคไม่ได้ตามเป้าหมายจะได้รับการอธิบายเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการอธิบายเรื่องการปรับยา โดยเป็นการใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการปรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางม่วง และโดยการอธิบายการปรับยาเพียงอย่างเดียวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวัดไทรโดยแพทย์ท่านเดียวกัน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายโครงการวิจัย ทำเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย คัดกรองภาวะความจำถดถอยและภาวะซึมเศร้า และเก็บข้อมูลส่วนตัวโดยพยาบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ผ่าน

การอบรมเรื่องการใช้แบบทดสอบคัดกรองภาวะความจำถดถอยและภาวะซึมเศร้าในชุมชน ที่ไม่ทราบวิธีการปรับยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยเภสัชกร หรือเจ้าหน้าที่เภสัชกรชุดเดียวกันที่ไม่ทราบวิธีการปรับยาของผู้ป่วยเมื่อมารับบริการในครั้งถัดไป

วิเคราะห์ด้วย T-test และ exact probability test ในการเปรียบเทียบลักษณะผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม วิเคราะห์ผลของการใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการปรับยาต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยควบคุมปัจจัยรบกวนได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนยา ความถี่ของการใช้ยา^{5,6} และการใช้ยาอินซูลิน¹⁴ ด้วย multi-variable log risk regression

ผลการศึกษา

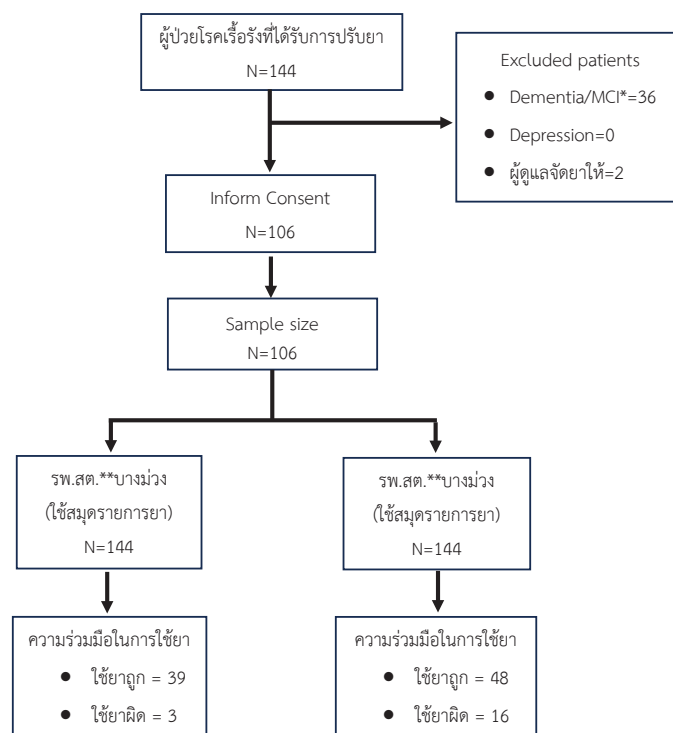
มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าร่วมการศึกษาทั้งสิ้น 144 ราย หลังคัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดออกเหลือผู้ป่วย 106 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการปรับยา 42 ราย และกลุ่มที่ปรับยาด้วยการอธิบายการปรับยาเพียงอย่างเดียว 64 ราย (แผนภูมิที่ 1)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการปรับยา และกลุ่มที่ได้รับการอธิบายการปรับยาเพียงอย่างเดียว ได้แก่ อายุเฉลี่ย 60.9 และ 59.9 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 38.1 และ 43.8 จบการศึกษาล้วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.2 และ 36.0 รองลงมาเป็นระดับมัธยมปลาย หรือระดับสายการอาชีพ ร้อยละ 14 และ 23 ชนิดยาเฉลี่ย 4 และ 3 ชนิด ความถี่ในการใช้ยาเฉลี่ย 3 และ 3 ครั้งต่อวัน ใช้ยา insulin 0% และ 12.5% ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

หลังจากวิเคราะห์ด้วย multivariable log risk regression พบว่าผู้ป่วยที่ใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการปรับยา ใช้ยาได้ถูกต้องเป็น 1.31 เท่า (95%CI, 1.08-1.59) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยปรับยาด้วยการอธิบายการปรับยาเพียงอย่างเดียว (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการปรับยาทั้งสองกลุ่มที่มีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกัน ยกเว้นลักษณะผู้ป่วยเรื่องชนิดของยาที่ใช้ และการใช้ยา insulin หลังจากวิเคราะห์และควบคุมปัจจัยรบกวนด้วย multivariable



* mild cognitive impairment; **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แผนภูมิที่ 1. ขั้นตอนการศึกษาวิจัย

ตารางที่ 1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ใช้สมุนไพรการยา N = 42	ไม่ใช้สมุนไพรการยา N = 64	P-value
อายุ, mean ($\pm$ SD)	60.86 ($\pm$ 11.83)	59.95 ($\pm$ 9.11)	0.658
เพศ, จำนวน (ร้อยละ)			0.687
เพศหญิง	26 (61.90)	36 (56.25)	
เพศชาย	16 (38.10)	28 (43.75)	
ระดับการศึกษา, จำนวน (ร้อยละ)			0.879
ไม่ได้รับการศึกษา	1 (2.38)	4 (6.24)	
ประถมศึกษา	19 (45.24)	23 (35.94)	
มัธยมต้น	4 (9.52)	7 (10.94)	
มัธยมปลาย และการศึกษาระดับอาชีวศึกษา	14 (33.34)	23 (35.94)	
มหาวิทยาลัย	4 (9.52)	7 (10.94)	
จำนวนชนิดยา, mean ($\pm$ SD)	4 ($\pm$ 2.02)	3 ($\pm$ 1.74)	0.003
ความถี่ของการใช้ยา, mean ($\pm$ SD)	3 ($\pm$ 1.43)	3 ($\pm$ 1.54)	0.639
การใช้ยาอินซูลิน, จำนวน (ร้อยละ)			0.021
ใช้	0 (0.00)	8 (12.50)	
ไม่ใช้	42 (100)	56 (87.50)	

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สมุนไพรการยาประกอบการอธิบายการปรับยา และความร่วมมือในการใช้ยา

ผลการศึกษา	ใช้ยาถูก จำนวน (ร้อยละ)	ใช้ยาผิด จำนวน (ร้อยละ)	ใช้ยาถูก	
			Unadjusted RR (95% CI)	Adjusted RR (95% CI)
ไม่ใช้สมุนไพรการยา, N = 64	48 (75.00%)	16 (25.00)	ref	ref
ใช้สมุนไพรการยา, N = 42	39 (92.85%)	3 (7.15)	1.23 (1.04-1.46)	1.31 (1.08-1.59)

able log risk regression พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการปรับยาโดยใช้สมุนไพรการยาประกอบการอธิบายการปรับยา ใช้ยาได้ถูกต้องเป็น 1.31 เท่า (95%CI, 1.08-1.59) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยปรับยาด้วยการอธิบายการปรับยาเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนว่าการใช้สมุนไพรการยาทำให้ผู้ป่วยจดจำกับการอธิบายการปรับยาได้มากยิ่งขึ้น และการใช้สมุนไพรการยาประกอบการอธิบายการปรับยาเป็นการกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยทั้งด้านการมองเห็น และการได้ยินเป็นการฝึกความจำ (memory training) ให้กับผู้ป่วย เป็นผลทำให้ผู้ป่วยจำวิธีการใช้ยาหลังปรับยาได้ดียิ่งขึ้น¹⁵⁻¹⁷ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ปรับยาด้วยการอธิบาย

การปรับยาเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยจะได้รับการอธิบายถึงลักษณะเม็ดยา และจะได้เห็นเม็ดยาจริงหลังจากปรับยา ซึ่งบางครั้งตัวยาอาจอยู่ในบรรจุภัณฑ์ หรืออาจอยู่ในซองยาอีกชั้นหนึ่ง ทำให้ไม่ทราบลักษณะเม็ดยาที่แท้จริง จึงทำให้ใช้ยาผิด การใช้สมุนไพรการยาที่มีเม็ดยาจริงให้ผู้ป่วยได้เห็นทำให้ผู้ป่วยจำเม็ดยาได้ดีขึ้น ดังนั้นการใช้สมุนไพรการยาประกอบการอธิบายการปรับยาจึงช่วยแก้ไขปัญหการใช้ยาไม่ถูกต้องอันเนื่องมาจากการไม่ทราบ ไม่เข้าใจ หรือลืมการใช้ยาหลังจากการปรับยา ซึ่งเป็นเหตุผลส่วนใหญ่ของการใช้ยาผิดในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งสองแห่งดังกล่าว จึงช่วยให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกมากขึ้น

สรุป

การใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการปรับยาสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการปรับยาได้ เมื่อเปรียบเทียบกับ การอธิบายการปรับยาเพียงอย่างเดียว ฉะนั้นการใช้สมุด รายการยาประกอบการอธิบายการปรับยาจึงช่วยเพิ่ม ความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับ การปรับยาได้ เช่นเดียวกับการใช้ปฏิทินยา บัตรภาพยา และการใช้กล่องยาอิเล็กทรอนิกส์ จึงควรพิจารณานำ สมุดรายการยามาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในหน่วย บริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรังต่อไป

ข้อจำกัด

การศึกษานี้ไม่สามารถทำการสุ่ม (randomization) ได้เนื่องจากมีหน่วยบริการที่ทำการศึกษาน้อยเพียง 2 แห่ง จึง ไม่สามารถสุ่มแบบกลุ่ม (cluster randomization) ได้ และหน่วยบริการไม่มีความเป็นส่วนตัวขณะตรวจผู้ป่วย จึงไม่สามารถสุ่มรายบุคคล(individual randomization) ได้เนื่องจากอาจมีปัญหาเรื่องการเลือกปฏิบัติ

การศึกษานี้ต้องกำหนดให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาง ม่วงเป็นกลุ่มที่ใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการ ปรับยาเนื่องจากมีข้อจำกัดเชิงระบบงาน (pragmatic limitation) และเพื่อลดอคติจากตัวแปรกวน (con founding bias) เนื่องจากที่หน่วยบริการแห่งนี้ได้มีการ ใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการปรับยามาก่อน การศึกษา ซึ่งไม่มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการปรับยา ด้วยวิธีดังกล่าว

Highlights

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้ยาผิดหลังได้รับการปรับยาใน พื้นที่บริการส่วนใหญ่เกิดจากไม่ทราบวิธีการใช้ยา
2. การใช้สมุดรายการยาประกอบการอธิบายการ ปรับยาช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้
3. การให้ผู้ป่วยเห็นเม็ดยาและบรรจุภัณฑ์จริงทำให้ ผู้ป่วยเข้าใจการปรับยามากกว่ายาที่อยู่ในซองยา

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการ รักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ทริค จึงค์, 2567.
2. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติการบำบัดภาวะไขมันผิดปกติ ในเลือดเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2567.
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระ ราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราช กุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่ง ชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566, กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์. 2567.
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565 (ฉบับ ปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์, 2565.
5. Gast A, Mathes T. Medication adherence influ-encing factors-an (updated) overview of system-atic reviews. Syst Rev. 2019;8:112. PubMed PMID: 31077247
6. Lars Osterberg, Terrence Blaschke. Drug therapy Ad-herence to Medication, N Eng J Med 2005;353:487-97
7. Aremu TO, Oluwole OE, Adeyinka KO, Schommer JC. Medication Adherence and Compliance: Recipe for Improving Patient Outcomes. Pharmacy (Basel). 2022;10:106. PubMed PMID: 36136839
8. Cooper C, Carpenter I, Katona C, Schroll M, Wag-ner C, Fialova D, et al. The AdHOC Study of older adults' adherence to medication in 11 countries. Am J Geriatr Psychiatry. 2005;13:1067-76. PubMed PMID: 16319299
9. Zedler BK, Kakad P, Colilla S, Murrelle L, Shah NR. Does packaging with a calendar feature improve adherence to self-administered medication for long-term use? A systematic review. Clin Ther. 2011; 33:62-73.
10. Oakley CI, Banks SA, Pinto MV, Setter DO, Clark SL, Keser Z, Klaas JP, Leep Hunderfund AN, Mustafa R. Improving Dual Antiplatelet Therapy Adherence Via Implementation of a Pocket Card: A Quality Improvement Pilot Program. J Am Heart Assoc. 2024;13:e037444. PubMed PMID: 39344636
11. Bionghi N, Daftary A, Maharaj B, Msibi Z, Amico KR, Friedland G, et al. Pilot evaluation of a sec-ond-generation electronic pill box for adherence to Bedaquiline and antiretroviral therapy in drug-resistant TB/HIV co-infected patients in KwaZulu-Natal, South Africa. BMC Infect Dis. 2018;18:171. PubMed PMID: 29642874

12. Li X, Dai J, Zhao S, Liu W, Li H. Comparison of the value of Mini-Cog and MMSE screening in the rapid identification of Chinese outpatients with mild cognitive impairment. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97:e10966. PubMed PMID: 29851846
13. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจงเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2561;63:321-34.
14. Prommaloon S, Wattanakitkileart D, Charoenkitkarn V, Peerapatdit T. Factors influencing insulin adherence in patients with type 2 diabetes. *J Nurs Sci*. 2017;35:61-71.
15. Sella E, Carbone E, Vincenzi M, Toffalini E, Borella E. Efficacy of memory training interventions targeting metacognition for older adults: a systematic review and meta-analysis. *Aging Ment Health*. 2023;27:674-94.
16. Tse ZCK, Cao Y, Ogilvie JM, Chau BKH, Ng DHC, Shum DHK. Prospective memory training in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*. 2023;33:347-72.
17. Paradela RS, de Oliveira Dias P, Detogni A, Sakaki TA, Secorun Inácio JF, Pellanda LC, et al. Cogmed cognitive training for working memory: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience*. 2025; 581:95-103.

ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of Intensive Behavior Intervention for Type 2 Diabetes Patients in NCD Remission Services Under Primary Care

Narawoot Sripanern, M.D., Sorawat Sangkaew, M.D., Ph.D., Dip Thai Board of Preventive Medicine (Epidemiology), Nol Lekhyananda, M.D., FRCFPT, Thai Board of Obstetrics and Gynaecology, Fellowship in Gynaecologic Oncology

Hatyai Hospital, Songkhla Province, Thailand

Corresponding author :

Narawoot Sripanern, M.D.,
Hatyai Hospital, 182 Rat-
takarn Road, Hat Yai Subdis-
trict, Hat Yai District, Song-
khla 90110, Thailand
Email: narawoot.sri66@thai-
fammed.org

Received: October 31, 2025;

Revised: December 22, 2025;

Accepted: March 5, 2026

ABSTRACT

Background: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a major global and national health problem with increasing prevalence. Intensive behavioral intervention has been proposed as a promising approach to improve glycemic control and reduce diabetes-related complications.

Objectives: To evaluate the effectiveness of intensive behavioral intervention in patients with T2DM

Design: Retrospective cohort study

Methods: Medical records of diabetic patients attending a Primary Care Clinic from October 2023 to October 2025 were reviewed. Participants were classified into an intensive behavioral intervention group and a standard care group. The primary outcome was the change in HbA1c levels before and after intervention.

Results: A total of 480 patients were included, comprising 96 patients in the intensive lifestyle modification group and 384 patients in the control group. The intensive group had fewer older adults (≥ 60 years) than the control group (51.0% vs. 59.1%, $p = 0.024$), with a predominance of females in both groups (69.8% vs. 68.0%). The intensive lifestyle modification group demonstrated a significantly greater reduction in HbA1c levels than the control group (-6.6% ; 95%CI -10.8 to -2.5 ; $p = 0.001$).

Conclusions: Intensive behavioral intervention in primary care settings is effective in improving glycemic control among patients with T2DM and can be applied to enhance the quality of diabetes care in community-based primary healthcare systems.

Keywords: intensive behavioral intervention, type 2 diabetes mellitus, primary care unit, chronic disease management

นิพนธ์ต้นฉบับ

ประสิทธิผลของการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในการให้บริการการรักษาโรคสู่ระยะสงบในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้ หน่วยบริการปฐมภูมิ

นราวุฒิ ศรีพะเนิน, พ.บ., ศรวิศ แสงแก้ว, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา, นล เลขยานนท์, พ.บ., วว. เวชศาสตร์ครอบครัว, วว. สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา, อว. มะเร็งวิทยานรีเวช

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นราวุฒิ ศรีพะเนิน, พ.บ.,
โรงพยาบาลหาดใหญ่
182 ถ.รัถการ ต.หาดใหญ่
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110,
ประเทศไทย

Email: narawoot.sri66@

thaifammed.org

Received: October 31, 2025;

Revised: December 22, 2025;

Accepted: March 5, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: โรคเบาหวานชนิด 2 เป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง การปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดภาวะแทรกซ้อน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

แบบวิจัย: การศึกษาเชิงสังเกตติดตามกลุ่มย้อนหลัง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน โดยมีผลลัพธ์หลักคือการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมก่อนและหลังการปรับพฤติกรรม

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 480 คน แบ่งเป็นกลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 96 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 384 คน กลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดมีสัดส่วนผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี) ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 51 และ 59.1; $p = 0.024$) และทั้งสองกลุ่มมีเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 69.8 และ 68.0) กลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดมีการลดลงของระดับน้ำตาลสะสมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ -6.6 ; 95%CI -10.8 ถึง -2.5 ; $p = 0.001$)

สรุป: การปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในหน่วยบริการปฐมภูมิมีประสิทธิภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด เบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิ การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังทางเมแทบอลิซึมที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลต่อหัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และระบบประสาท โดยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบบ่อยที่สุด เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลินหรือการสร้างอินซูลินไม่เพียงพอ ความชุกของโรคนี้เพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยประมาณ 422 ล้านคน และเสียชีวิตปีละกว่า 1.5 ล้านคน โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ¹ ในประเทศไทย ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2563 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีโรคเบาหวานเพิ่มจากร้อยละ 8.9 เป็น 9.5 และในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 7.7 ของประชากร เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้า² ปัจจุบันแนวทางสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงซึ่งมีหลักฐานสนับสนุนว่าลดภาวะแทรกซ้อนได้

การปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (intensive behavioral intervention) หมายถึงการจัดโปรแกรมดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมการปรับอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย การปรับรูปแบบการใช้ยา และการสนับสนุนเชิงพฤติกรรม โดยมีรูปแบบการติดตามอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 3-6 เดือน ภายใต้ทีมสหวิชาชีพ

ประเทศไทยได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยมุ่งสู่ภาวะ “โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission)” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 และปรับปรุงในปี พ.ศ. 2566 โดยการประเมินน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังหยุดยาหรือหลังการปรับพฤติกรรมอย่างน้อย 3-6 เดือน³ งานวิจัยในต่างประเทศและในประเทศพบว่า การปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดช่วยลดระดับน้ำตาลสะสม⁴⁻⁶ เสริมคุณภาพชีวิต^{7,8} และลดภาวะอัลบูมินในปัสสาวะ⁹⁻¹¹ และรวมถึงช่วยให้ผู้ป่วยบางรายสามารถหยุดยาลดน้ำตาลได้^{12,13} อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยบางรายอาจกลับมามีภาวะน้ำตาลสูงอีกครั้งและความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางน้ำตาลในเลือดต่ำยังคงต้องติดตามอย่างใกล้ชิด^{14,15} แม้มีหลักฐานมากมายสนับสนุนประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรม แต่การศึกษาที่รวมหลายแนวทางเข้าด้วยกัน

โดยเฉพาะในบริบทหน่วยบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ยังมีจำกัด

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาประสิทธิภาพของการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยในชุมชนอย่างยั่งยืน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาเชิงสังเกตติดตามกลุ่มย้อนหลัง (retrospective cohort study) ดำเนินการในคลินิกปฐมภูมิภายใต้โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้แก่ คลินิกแพทย์ชุมชนควนคลัง คลองแห พะตัง และสามตำบล โดยเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566-ตุลาคม พ.ศ. 2568

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เอกสารเลขที่ HYH EC 005-68-01 เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ ≥ 18 ปี ที่เข้ารับบริการในคลินิกปฐมภูมิทุกรายที่ได้รับการชักชวนเข้าร่วมโครงการและมีข้อมูลค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนเข้ารับบริการ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีน้ำตาลสะสมในเลือด มากกว่า ร้อยละ 15 ผู้ป่วยที่มีโรคจิต ภาวะสมองเสื่อม พิกการ ตั้งครรภ์ ใช้อินซูลิน หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางตา ผู้ป่วยทุกรายที่เข้าเกณฑ์พื้นฐานและได้รับการพิจารณาชักชวนเข้าร่วมโครงการต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. สามารถตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองได้ และมีความสามารถในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น
2. สามารถมาติดตามการรักษาและกิจกรรมตามแผนได้อย่างสม่ำเสมอ
3. มีอุปกรณ์สำหรับติดตามกิจกรรมทางกาย เช่น โทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์สวมใส่อัจฉริยะที่สามารถบันทึกจำนวนก้าวเดินได้
4. สามารถใช้แอปพลิเคชัน Line ในการสื่อสารและติดตามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขข้างต้นจะไม่ได้รับการคัดเลือกเข้าโครงการ

ผู้เข้าร่วมได้รับการแบ่งเป็น 2 กลุ่มตามความสมัครใจ ได้แก่ กลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด (cohort group) ภายใต้คลินิกเบาหวานระยะสงบ (Remission Clinic)¹⁶ กลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) ที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

การปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในการศึกษานี้เป็นโปรแกรมการดูแลที่มีโครงสร้างเป็น 4 ระยะ (phase-based program) ได้แก่

1. ระยะเริ่มต้น (lead-in phase) ระยะเวลา 1-4 สัปดาห์ เน้นการปรับอาหารรายบุคคลตามจานอาหารสุขภาพ (สัดส่วน 2:1:1) ร่วมกับการลดการบริโภคคาร์โบไฮเดรตในระดับต่ำถึงปานกลาง การให้ความรู้เชิงรุก การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการติดตามอย่างใกล้ชิดทุก 2 สัปดาห์ พร้อมการปรับยาเป็นรายบุคคลเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลต่ำ

2. ระยะปรับลด (step-down phase) ระยะเวลา 1-6 เดือน เน้นการคงพฤติกรรมที่เหมาะสม ติดตามทุก 1-2 เดือน และปรับแผนการดูแลตามการตอบสนองของผู้ป่วย

3. ระยะคงสภาพ (maintenance phase) ระยะเวลา 1-3 ปี โดยลดความถี่การติดตาม แต่คงพฤติกรรมสุขภาพเดิมและการติดตามอย่างต่อเนื่อง

4. ระยะเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ (relapse phase) โดยติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ทุก 3 เดือน

โปรแกรมห่วงการติดตาม การปรับพฤติกรรมหลายองค์ประกอบ และการดูแลรายบุคคล ซึ่งมีความเข้มข้นมากกว่าการดูแลตามมาตรฐานในระบบปฐมภูมิ

ประสิทธิผลของการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด นิยามเป็นความสามารถในการปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและตัวชี้วัดทางเมแทบอลิก ผลลัพธ์หลักคือการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (ΔHbA1c) และผลลัพธ์รอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (fasting blood sugar, FBS) ดัชนีมวลกาย (body mass index, BMI)

ระดับไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ (low-density lipoprotein (LDL) cholesterol) และระดับไมโครอัลบูมินูเรีย

การเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ นิยามเป็นค่าน้ำตาลสะสมในเลือดสะสม 6.5% หลังปรับพฤติกรรมอย่างน้อย 6 เดือน หรือ หลังหยุดยา 3 เดือน

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G-power เลือกค่าลักษณะการทดลองแบบ 2 ทาง กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05, กำลังทางสถิติ ($1 - \beta$) ที่ 0.8 และ effect size = 0.3812524 (คำนวณโดยการแทนค่า mean group 1 = 25.46, mean group 2 = 27.26, SD group 1 = 4.61, SD group 2 = 4.83 จากการศึกษาที่ผ่านมา¹²) กำหนดอัตราส่วนกลุ่มทดลองต่อกลุ่มเปรียบเทียบ 1:4¹⁷ ได้จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำ 340 ราย (กลุ่มทดลอง 68 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 272 ราย) ผู้วิจัยเพิ่มจำนวนตัวอย่างให้เหมาะสม 350 คน (กลุ่มทดลองเป็น 70 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 280 ราย)

ข้อมูลถูกรวบรวมจากเวชระเบียนโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย และบันทึกลงในโปรแกรม EpiData Software ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ช่วงเวลาที่ใช้ในการติดตามและประเมินการเปลี่ยนแปลงรายบุคคลครอบคลุมสองช่วงเวลา ได้แก่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 และเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568

วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม R version 4.4.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนานำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือมัธยฐานและช่วงควอไทล์ ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรทางคลินิกคำนวณจากสูตร (ค่าหลังเข้าร่วม-ค่าก่อนเข้าร่วม) ÷ ค่าก่อนเข้าร่วม $\times 100$ การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ Chi-square และ Mann-Whitney U test และการเปรียบเทียบทางคลินิกของตัวแปรก่อนและหลังภายในกลุ่ม ใช้ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 480 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด 96 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 384 คน กลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด มีสัดส่วนผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี) ร้อยละ 51.00 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 59.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$) ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยกลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด มีเพศหญิง ร้อยละ 69.80 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 68.00 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.731$) สำหรับดัชนีมวลกายพบว่าผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากกว่าปกติ ($BMI > 25$ กก./ม.²) โดยกลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดร้อยละ 77.10 และกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 69.80 ($p = 0.158$) (ตารางที่ 1) พบผู้ป่วยเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบร้อยละ 13.00 ในกลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด

ภายหลังการเข้ารับรักษาพบว่า กลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงจากร้อยละ 7.90 เป็นร้อยละ 7.40 และระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารลดลงจาก 150 เป็น 131.5 มก./ดล. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.049$, $p = 0.025$ ตามลำดับ) ค่า

ดัชนีมวลกาย ค่าไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำและค่าอัลบูมินูเรียลดลง แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าดัชนีมวลกายมีค่าเท่าเดิม 27.1 กก./ม.² และระดับน้ำตาลสะสมมีค่าคงที่ร้อยละ 7.50 ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.755$, $p = 0.793$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 2)

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างก่อนและหลังพบว่ากลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดมีการลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลสะสมในเลือดระหว่างกลุ่มอยู่ที่ประมาณร้อยละ -6.6 (95%CI -10.8 ถึง -2.5; $p = 0.001$) การเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ดัชนีมวลกาย และระดับไมโครอัลบูมินูเรียใน กลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดมีการลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1. ลักษณะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกปฐมภูมิโรงพยาบาลระหว่างกลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด	กลุ่มเปรียบเทียบ	รวม	*p-value
จำนวน	96	384	480	
อายุ, จำนวน (ร้อยละ)				0.024
น้อยกว่า 40 ปี	6 (6.20)	5 (1.30)	11 (2.30)	
40-49 ปี	10 (10.40)	32 (8.30)	42 (8.80)	
50-59 ปี	31 (32.30)	120 (31.20)	151 (31.50)	
60 ปีขึ้นไป	49 (51.00)	227 (59.10)	276 (57.40)	
เพศ, จำนวน (ร้อยละ)				0.731
ชาย	29 (30.20)	123 (32.0)	152 (31.70)	
หญิง	67 (69.80)	261 (68.0)	328 (68.30)	
ดัชนีมวลกาย, จำนวน (ร้อยละ)				0.158
ปกติ (< 25 กก./ม. ²)	22 (22.90)	116 (30.20)	138 (28.80)	
มากกว่าปกติ (> 25 กก./ม. ²)	74 (77.10)	268 (69.80)	342 (71.20)	

*Chi-square test

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่มีผลของผู้ป่วย โรคเบาหวาน ก่อนกับหลังการเข้ารับการรักษารูปแบบปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดอย่างน้อย 6 เดือน

ตัวแปร	กลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด			กลุ่มเปรียบเทียบ		
	ก่อน	หลัง	*p value	ก่อน	หลัง	*p value
จำนวน	96	96		384	384	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²) :	28.90 (25.30,33.60)	27.80 (23.90,30.80)	0.072	27.10 (24.50,30.10)	27.1 (24,30.1)	0.755
median (IQR)						
น้ำหนัก (กก.): median (IQR)	72.50 (61.00,84.60)	68.20 (59.00,79.60)	0.161	67 (59.00,75.00)	67 (58.500,75.00)	0.771
ความดันซิสโตลิก (mmHg) :	131.50 (117.8,139)	130 (121,137)	0.495	135 (123.8,145)	137 (127.00,150.00)	0.008
median (IQR)						
ความดันไดแอสโตลิก (mmHg):	74 (66,82)	75 (66,81)	0.984	76 (67,85)	77 (69.00,86.00)	0.093
median (IQR)						
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS : มก./	150 (123.50,196.20)	131.50 (119.20,155)	0.025	140 (120,175)	142 (119.80,173)	0.864
ดล.): median (IQR)						
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c : %):	7.90 (6.6,9.5)	7.4 (6.6,8.2)	0.049	7.5 (6.6,8.7)	7.5 (6.7,8.8)	0.793
median (IQR)						
อัลบูมินูเรีย (Albuminuria):	23.60 (9.70,58.80)	12.5 (7.60,44.90)	0.058	20.2 (10.30,59.70)	22 (10.90,71.20)	0.242
median (IQR)						
Cholesterol (มก./ดล.):	186 (158.00,219.20)	178 (143,201)	0.156	178 (153,209)	175 (153,203)	0.506
median (IQR)						
LDL (มก./ดล.) : median (IQR)	122 (97.8,156.2)	113.50 (85.5,145)	0.244	115 (87,144)	113 (88,139.20)	0.734
HDL(มก./ดล.): median (IQR)	51.10 (41.00,60.30)	49.70 (42.50,59.80)	0.921	47.80 (41.00,55.30)	51 (43.70,59.30)	< 0.001
Triglyceride (มก./ดล.):	117 (83.50,155.00)	85 (62,128)	0.001	121 (91.50,172.20)	115 (83.50,154.00)	0.016
median (IQR)						

*Wilcoxon signed-rank test

ตารางที่ 3. ร้อยละการเปลี่ยนแปลงมัธยฐานของตัวแปรทางคลินิกก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย

ตัวแปร	ร้อยละการเปลี่ยนแปลงของค่ามัธยฐาน			*p-value
	กลุ่มปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวด	กลุ่มเปรียบเทียบ	เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระหว่างกลุ่ม	
ระดับน้ำตาลสะสม	-5.50	0.00	-6.50 (-10.80 ถึง -2.50)	0.001
ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร	-3.80	-0.60	-3.70 (-5.00 ถึง -2.50)	< 0.001
ดัชนีมวลกาย	-8.20	-1.90	-8.90 (-16.20 ถึง -1.80)	0.013
ไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ	-2.30	0.00	-7.10 (-14.90 ถึง 0.10)	0.055
อัลบูมินูเรีย	-22.00	12.20	-26.60 (-47.60 ถึง -4.90)	0.015

*Mann-Whitney U test

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้มากกว่าการดูแลตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบร้อยละ 13 ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่มุ่งประเมินประสิทธิผลของการปรับพฤติกรรมในบริบทบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักฐานจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ ทั้งการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบและการทดลองแบบสุ่มที่พบว่าการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁴⁻⁶ นอกจากนี้ การลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร การลดลงของดัชนีมวลกายและไมโครอัลบูมินูเรียในกลุ่มที่ได้รับการปรับพฤติกรรมอย่าง

เข้มงวด สอดคล้องกับการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมสามารถช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน⁹⁻¹¹

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยในบริบทประเทศไทย^{12,13} ซึ่งรายงานอัตราการเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบในระดับใกล้เคียงกัน ผลการศึกษาสนับสนุนว่าการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในระบบบริการปฐมภูมิ แม้จะไม่ใช้การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มก็ตาม ทั้งนี้ อัตราการเข้าสู่ระยะสงบที่ไม่สูงมากอาจสะท้อนความแตกต่างของลักษณะประชากร ระยะเวลาการติดตาม และระดับความพร้อมของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้จากระยะเวลาการติดตามที่จำกัด และข้อเท็จจริงที่ว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสามารถเกิดขึ้นได้จากการปรับองค์ประกอบอาหาร และพฤติกรรมการใช้ยา โดยไม่จำเป็นต้องมีการลดน้ำหนักอย่างชัดเจนในระยะสั้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอใน consensus report¹⁴

จุดแข็งของการศึกษานี้ คือ การออกแบบโปรแกรมการปรับพฤติกรรมแบบเป็นระยะที่ครอบคลุมการปรับอาหารรายบุคคล การติดตามอย่างใกล้ชิด การปรับยาอย่างเหมาะสม และการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสะท้อนแนวคิดการดูแลแบบต่อเนื่องและยั่งยืนตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข¹⁶

ข้อจำกัด ได้แก่ การออกแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง ซึ่งอาจมี selection bias และข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน การจัดกลุ่มตามความสมัครใจอาจทำให้เกิดความแตกต่างด้านแรงจูงใจระหว่างกลุ่ม และไม่สามารถควบคุมปัจจัยกวนทั้งหมดได้ นอกจากนี้ ระยะเวลาการติดตามอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินผลลัพธ์ระยะยาว เช่น การคงอยู่ของภาวะเบาหวานระยะสงบหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต ได้แก่ การศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีการติดตามระยะยาว การประเมินคุณภาพชีวิตและต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคงอยู่หรือการกลับเป็นซ้ำของภาวะเบาหวานระยะสงบ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสมยิ่งขึ้นในบริบทของประเทศไทย

สรุป

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ภายใต้หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ และช่วยให้ผู้ป่วยบางส่วนเข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบ ผลการศึกษาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสนับสนุนแนวคิดว่าการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในระบบบริการปฐมภูมิ แม้ในบริบททรัพยากรจำกัด การปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดจึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างยั่งยืน

Highlights

1. การปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดช่วยลดค่าดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้
2. การปรับพฤติกรรมอย่างเข้มงวดมีส่วนช่วยในเรื่องไมโครอัลบูมินูเรีย
3. แนวทางนี้อาจลดความจำเป็นในการใช้ยาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์นล เลขยานนท์ อาจารย์ศรวิธแสงแก้ว และนางสาวคอดีเหาะ กาเสาะ ที่ให้คำปรึกษา งานวิจัย และ เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลหาดใหญ่ทุกสาขาวิชาชีพที่ให้ความร่วมมือจนทำให้ผลงานสำเร็จได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; [cited 2024 Sep 9]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/diabetes>
2. วิชัย เอกพลการ, บรรณาธิการ, รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rama.mahidol.ac.th/commed/th/news/announcement/11062021-1038-th>
3. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2024 Nov 22]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/bukhlakr-thangkar-phaethy/cpg/naewthang-wech-ptibatisahrab-rokh-bea-hwan-2567>
4. Batalha APDB, Ponciano IC, Chaves G, Felício DC, Britto RR, da Silva LP. Behavior change interventions in patients with type 2 diabetes: a systematic review of the effects on self-management and A1c. *J Diabetes Metab Disord.* 2021;20:1815-36.
5. Wolever RQ, Dreusicke M, Fikkan J, Hawkins TV, Yeung S, Wakefield J, et al. Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Diabetes Educ.* 2010;36:629-39.
6. Rygg LØ, Rise MB, Grønning K, Steinsbekk A. Efficacy of ongoing group based diabetes self-management education for patients with type 2 diabetes mellitus. A randomised controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2012;86:98-105.
7. Arora S, Peters AL, Burner E, Lam CN, Menchine M. Trial to examine text message-based mHealth in Emergency Department Patients with diabetes (TEXT-MED): a randomized controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2014;63:745-54.e6.
8. McEwen MM, Pasvogel A, Murdaugh C, Hepworth J. Effects of a family-based diabetes intervention on behavioral and biological outcomes for Mexican American adults. *Diabetes Educ.* 2017;43:272-85.
9. Crasto W, Jarvis J, Khunti K, Skinner TC, Gray LJ, Brela J, et al. Multifactorial intervention in individuals with type 2 diabetes and microalbuminuria: The Microalbuminuria Education and Medication Optimisation (MEMO) study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;93:328-36.
10. Levin SR, Coburn JW, Abraira C, Henderson WG, Colwell JA, Emanuele NV, et al. Effect of intensive glycemic control on microalbuminuria in type 2 diabetes. Veterans affairs cooperative study on glycemic control and complications in type 2 diabetes feasibility trial investigators. *Diabetes Care.* 2000;23:1478-85.
11. Yokoyama H, Araki S ichi, Honjo J, Okizaki S, Yamada D, Shudo R, et al. Association between remission of macroalbuminuria and preservation of renal function in patients with type 2 diabetes with overt proteinuria. *Diabetes Care.* 2013;36:3227-33.
12. พิชิต สุขสบาย. ประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวด จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2567;38:27-43.
13. สมเพชร ชัดทะเสมา, ณัฏฐ์ธรรณ ปัญจพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง หน่วยงานคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลเกาะคา. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2024;11:116-33.
14. Riddle MC, Cefalu WT, Evans PH, Gerstein HC, Nauck MA, Oh WK, et al. Consensus report: definition and interpretation of remission in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2021;44:2438-44.
15. Bradley MD, Arnold ME, Biskup BG, Campbell TM II, Fuhrman J, Guthrie GE, et al. Medication deprescribing among patients with type 2 diabetes: a qualitative case series of lifestyle medicine practitioner protocols. *Clin Diabetes.* 2022;41:163-76.
16. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ธันวาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/9390>
17. Iwagami M, Shinozaki T. Introduction to Matching in case-control and cohort studies. *Ann Clin Epidemiol.* 2022;4:33-40.

ORIGINAL ARTICLE

Development of a Community Participation Model for the Care of Uncontrolled Diabetes Patients Using the NCDx Model: A Case Study in a Primary Care Network, Mueang Rayong District, Rayong Province

Lalin Prasongsilp, M.D., FRCFPT. or MRCFPT

Rayong Hospital, Rayong Province, Thailand

Corresponding author :

Lalin Prasongsilp, M.D.,
138 Sukhumvit Rd, Tambon
Tha Pradu, Mueang Rayong
District, Rayong 21000,
Thailand
Email: Lalinprasongsilp7@
gmail.com

Received: August 18, 2025;

Revised: January 7, 2026;

Accepted: April 2, 2026

ABSTRACT

Background: The population in the study area of Mueang Rayong District has shown an increasing trend in stroke and kidney disease resulting from diabetes mellitus, dyslipidemia, and hypertension. This study aimed to examine the outcomes of a care model for patients with uncontrolled diabetes mellitus within the primary care network of Mueang Rayong District. This study was funded by the Health Systems Research Institute (HSRI).

Design: Participatory action research

Methods: The study consisted of three stages: stage 1, collecting data from the study area; stage 2, developing a care model for patients with uncontrolled diabetes mellitus; and stage 3, evaluating patients' health outcomes after implementing the improved care model.

Results: There was no statistically significant difference between the mean body weight before and after participation in the project (paired t-test: $t = 1.955$, $p\text{-value} = 0.064$ [> 0.05]). There was no statistically significant difference between the mean first and second capillary blood glucose levels (paired t-test: $t = 0.969$, $p\text{-value} = 0.344$ [> 0.05]). However, the mean glycated hemoglobin level after participation in the project was significantly lower than that before participation ($p < 0.001$).

Conclusion: The findings were also consistent with the reviewed literature. Therefore, it was concluded that the study findings met the research objective.

Keywords: NCDx model, diabetes mellitus care model, primary care network

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยใช้ NCDx model : กรณีศึกษาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง

ลาลิน ประสงค์ศิลป์, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ลาลิน ประสงค์ศิลป์, พ.บ.,
โรงพยาบาลระยอง 138
ถ. สุขุมวิท ต.ท่าประดู่ อ.เมือง
จ.ระยอง 21000, ประเทศไทย
Email: Lalinprasongsilp7@gmail.com

Received: August 18, 2025;

Revised: January 7, 2026;

Accepted: April 2, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: ประชากรในพื้นที่ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเมืองระยองที่ทำการศึกษามีแนวโน้มการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคไต ที่เพิ่มมากขึ้นจากโรคเบาหวาน ไขมันและความดัน จึงวิจัยเพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของ อำเภอเมือง ได้รับการสนับสนุนทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

แบบวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)

วัตถุประสงค์และวิธีการ: มี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยหลังปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยน้ำหนักก่อนเข้าร่วมโครงการ และค่าเฉลี่ยน้ำหนักหลังเข้าร่วมโครงการ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของน้ำหนักก่อนและหลังโครงการ Paired t-test: $t = 1.955$, $p\text{-value} = 0.064$ (> 0.05) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วครั้งที่ 1 และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วครั้งที่ 2 ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของระดับน้ำตาลปลายนิ้วครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 Paired t-test: $t = 0.969$, $p\text{-value} = 0.344$ (> 0.05) ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมก่อนเข้าร่วมโครงการ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมหลังเข้าร่วมโครงการ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุป: ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้ NCDx model ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับได้

คำสำคัญ: NCDx model, รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายหน่วยปฐมภูมิ

บทนำ

สถานการณ์โรค Non-communicable diseases (NCDs) ของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565-2567 โดยจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 8,945,452 คน 9,688,265 คน และ 10,340,828 คน ตามลำดับ และโรคเบาหวานจำนวน 4,433,461 คน 4,827,065 คน และ 5,183,925 คน ตามลำดับ สถานการณ์ในเขต 6 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยปี 2566 และ 2567 คือ 1,433.9 และ 1,534.4 คนต่อแสนประชากร โรคเบาหวานมีอัตราป่วย 708.8 และ 764.7 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ ในจังหวัดระยองผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 15,492.3 และ 16,298.6 คนต่อแสนประชากร และโรคเบาหวานจำนวน 7,759.4 และ 8,213.4 คนต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นไปในทิศทางเดียวกัน¹

แนวโน้มการป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สูงขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดัน ไขมันและนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตเสื่อมเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และใช้งบประมาณในการรักษาผู้ป่วยที่สูงขึ้น ในทุกปีและในปี 2569 มีแนวโน้มจะเพิ่มถึง 1,355,313,000 บาท² โดยการรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดีคือดูแลรักษาจนผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ จะสามารถลดอัตราการป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน จะส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมไปถึงประเทศได้

จากสถานการณ์ข้างต้น จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ด้วยรูปแบบที่ชัดเจน และสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง เพื่อนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเพิ่มความรอบรู้ (health literacy) โดยใช้ The 5 stage of change³ และ NCDx model⁴ มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเบาหวาน โดยเนื้อหา ประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ การจำแนกผู้ป่วยตามความเสี่ยงเป็นบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้จัดกลุ่ม ส่วนที่ 2 คือ การสร้างความตระหนักรู้ ความหวังและทางเลือกสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 3 คือ การรับรู้สุขภาพของตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การจัดการอาหารและเพิ่มการเคลื่อนไหว และการสร้างแผนสุขภาพส่วนบุคคล ส่วนที่ 4 คือ การจัดการอาหารอย่างเข้มข้นและเพิ่มการเคลื่อนไหวเพื่อนำไปสู่สมดุลพลังงาน ส่วนที่ 5 คือ การติดตามประเมินตนเอง เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน จนสามารถควบคุมน้ำหนักและน้ำตาลของตนเองได้

วัสดุและวิธีการ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) ระยะดำเนินการวิจัยเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และ สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับ

น้ำตาล ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยหลังปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

เป็นข้อมูลประชากรในพื้นที่ทำการวิจัย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยมีระดับ fasting blood sugar (FBS) มากกว่า 180 มก./ดล. หรือ hemoglobin A1c (HbA1C) มากกว่า 8% จำนวนทั้งสิ้น 29 คน อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

2.1 กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า

1. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ และอยู่ในระยะ contemplation หรือ preparation ขึ้นไป

2. เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 180 มก./ดล. หรือ HbA1c มากกว่า 8%

3. สามารถใช้โทรศัพท์มือถือและสื่อสารผ่านข้อความได้

4. สามารถมาติดตามที่หน่วยบริการปฐมภูมิและตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า

2. มีโรครุนแรง กำเริบ หรือทุเลาอย่างรวดเร็ว

3. มีความผิดปกติทางจิตหรือสติปัญญาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม

4. ไม่สามารถมาติดตามตามกำหนดได้

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. แพทย์และพยาบาลคัดเลือกและประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์

2. ให้ความรู้และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ NCDx เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง

3. แจกสมุดบันทึกสุขภาพและชี้แจงวิธีบันทึก

4. ให้ผู้ป่วยบันทึกระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ความดันโลหิต และมื้ออาหาร อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

5. นัดติดตามทุก 1 เดือน เพื่อประเมิน ให้คำแนะนำ และเสริมแรงให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะ maintenance

6. ระหว่างการติดตาม ผู้ป่วยสามารถปรึกษา อสม. นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลผ่านกลุ่มไลน์

7. เมื่อครบ 3 เดือน ประเมินผลลัพธ์ด้วยระดับ HbA1c ของผู้ป่วยแต่ละราย

2.2 การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยกำหนดให้ทุกคนมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย

2.3 สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล เพื่อให้หน่วยบริการเครือข่ายอื่น ๆ ที่ไม่ใช่พื้นที่วิจัย สามารถนำไปปรับใช้ได้ จึงได้เขียนออกมาเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจนเพื่อผลลัพธ์สุขภาพที่ดีของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยหลังปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วย

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ และ อายุ โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละในการแปลผล วิเคราะห์น้ำหนัก ระดับน้ำตาลปลายนิ้วระหว่างการเข้าร่วม ระดับน้ำตาลสะสม ก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ จำนวน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และสูงสุด Dependent T-test เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการในโปรแกรม SPSS

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ

2. แบบบันทึกสุขภาพของผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูล น้ำหนัก และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ

3. แบบเก็บข้อมูลระดับน้ำตาลสะสมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมในประชากรกลุ่มเดียวกัน โดยเปรียบเทียบน้ำหนัก ระดับน้ำตาลปลายนิ้วระหว่างการเข้าร่วมโครงการ และระดับน้ำตาลสะสม เป็นผลลัพธ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ทั้งหมด 29 คน เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 3 เดือน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ และ น้ำหนัก โดยใช้สถิติจำนวน ร้อยละ
2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ทางสุขภาพ น้ำหนัก ระดับน้ำตาลปลายนิ้วในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ และระดับน้ำตาลสะสม ใช้สถิติจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด และ Dependent T-test ในโปรแกรม SPSS

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยผ่านกระบวนการพิจารณารับรองการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทย์ทหารบก หมายเลขจริยธรรมวิจัย IRBRTA 05954/2567 วันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

1. การรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

ประชากรในพื้นที่ของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเบาหวานทั้งสิ้นในปี 2565 จำนวน 1,324 คน ปี 2566 จำนวน 1,432 คน ปี 2567 จำนวน 1,452 คน พบแนวโน้มการป่วยเพิ่มขึ้นปีละ 20-100 คน และ FBS มากกว่า 180 มก./ดล. หรือ HbA1C มากกว่า 8% ปี 2565 จำนวน 198 คน ปี 2566 จำนวน 216 คน ปี 2567 จำนวน 297 ปี และมีผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี 2565 จำนวน 151 คน ปี 2566 จำนวน 157 คน ปี 2567 จำนวน 167

คน คิดเป็นอัตราการป่วยร้อยละ 0.8 และเพิ่มเป็นร้อยละ 0.9 ในปี 2567 ซึ่งแนวโน้มอัตราการป่วยเพิ่มมากขึ้น

2. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ โดยชุมชนมีส่วนร่วม

2.1 มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่อย่างชัดเจน

การคัดเลือกและประเมินผู้ป่วย โดย แพทย์ หรือ พยาบาล

การจัดการเรียนการสอนโดย แพทย์และพยาบาล และให้ความรู้จาก NCDx model

การติดตามโดย ติดตาม น้ำหนัก เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว โดย นักวิชาการสาธารณสุข อสม.

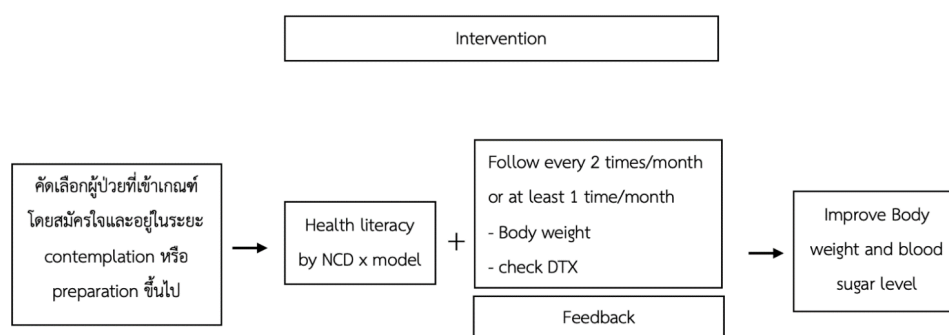
การให้คำปรึกษาทางออนไลน์ การนัดติดตามและปรึกษาปัญหาเบื้องต้น โดย นักวิชาการสาธารณสุข อสม. การชี้แนะและชื่นชมในการติดตามแต่ละครั้ง โดยแพทย์หรือ พยาบาล

2.2 สรุปรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลของหน่วยปฐมภูมิเครือข่ายอำเภอเมือง จังหวัดระยอง ตามรูปที่ 1

3. ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยก่อนและหลังปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

ตารางสรุปข้อมูลผู้ป่วย โดยสรุปและวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ และ น้ำหนัก
ส่วนที่ 2 ข้อมูล น้ำหนัก ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และ ระดับน้ำตาลสะสม



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

3.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ และ น้ำหนัก

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุที่อยู่ในช่วง 35-90 ปี เฉลี่ย 61.28 ปี มีช่วงอายุมากที่สุดคือ 61-70 ปี รองลงมาคือ ช่วง 41-50 ปี และ 51-60 ปี

3.2 ข้อมูลผลลัพธ์ น้ำหนัก ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และระดับน้ำตาลสะสม

จากตารางที่ 2 ผู้เข้าร่วม 29 คน มีผลลัพธ์ทั้งก่อนและหลังจำนวน 22 คน ค่าเฉลี่ยน้ำหนักก่อนเข้าร่วมโครงการเท่ากับ 70.57 กิโลกรัม และค่าเฉลี่ยน้ำหนักหลังเข้าร่วมโครงการเท่ากับ 68.11 กิโลกรัม ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของน้ำหนักก่อนและหลังโครงการ Paired t-test: $t = 1.955$, $p = 0.064$ (> 0.05)

จากตารางที่ 3 ผู้เข้าร่วม 29 คน มีผลลัพธ์ระหว่างเข้าร่วมโครงการจำนวน 22 คน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วครั้งที่ 1 เท่ากับ 208.00 มก./ดล. และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วครั้งที่ 2 เท่ากับ 183.55 มก./ดล. ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ของระดับน้ำตาลปลายนิ้วครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 Paired t-test: $t = 0.969$,

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) N = 29
เพศ	
ชาย	5 (17.24)
หญิง	24 (82.76)
อายุ	
35-40 ปี	1 (3.45)
41-50 ปี	5 (17.24)
51-60 ปี	5 (17.24)
61-70 ปี	13 (44.83)
71-80 ปี	3 (10.34)
81-90 ปี	2 (6.90)

$p = 0.344$ (> 0.05)

จากตารางที่ 4 ผู้เข้าร่วม 29 คน มีผลลัพธ์ทั้งก่อนและหลังจำนวน 27 คน ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมก่อนเข้าร่วมโครงการเท่ากับร้อยละ 10.39 และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมหลังเข้าร่วมโครงการ เท่ากับร้อยละ 9.06 แสดงว่า HbA1c หลังโครงการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 2. ข้อมูลน้ำหนักก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วย (กก.)

น้ำหนัก	N	Min	Max	Mean	SD	t
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	22	51.8	115	70.57	15.02	1.955
หลังเข้าร่วมโครงการ	22	49	111	68.11	13.60	

ตารางที่ 3. ข้อมูลระดับน้ำตาลปลายนิ้วระหว่างเข้าร่วมโครงการครั้งที่ 1 และ 2 ของผู้ป่วย (มก./ดล.)

DTX	N	Min	Max	Mean	SD	t
ครั้งที่ 1	22	77	330	208.00	69.96	0.969
ครั้งที่ 2	22	82	412	183.55	95.87	

DTX, dextrostix

ตารางที่ 4. ข้อมูลระดับน้ำตาลสะสมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของผู้ป่วย

HbA1C	N	Min	Max	Mean	SD	t
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	27	6.00	13.70	10.39	1.79	5.126*
หลังเข้าร่วมโครงการ	27	5.82	13.60	9.06	1.83	

*, p value < 0.001

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้ สามารถสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย และชุมชนในการดำเนินกิจกรรม ส่งผลต่อระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ลดลง โดยยึดตามกระบวนการโปรแกรม NCDx model 5 ส่วนดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 การจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ประเมินและจำแนกผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยและสถานการณ์ในพื้นที่แบบมีส่วนร่วม^{5,6}

ส่วนที่ 2 การสร้างความตระหนักรู้ การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคและศักยภาพในการดูแลตนเองผ่านการประเมินก่อน-หลัง การสร้างความหวัง และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁷⁻⁹

ส่วนที่ 3 การรับรู้สุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยได้รับการประเมินความพร้อม ทบทวนเป้าหมาย และพัฒนาความรู้ในการจัดการตนเอง¹⁰⁻¹²

ส่วนที่ 4 การจัดการอาหารและการเพิ่มการเคลื่อนไหว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารและกิจกรรมทางกายตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต^{13,14}

ส่วนที่ 5 การติดตามและประเมินตนเอง การติดตามต่อเนื่องโดยครอบครัว อสม. ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพพบว่าสามารถส่งเสริมการจัดการตนเองและลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵⁻¹⁷

ผลการศึกษาในส่วนที่ 1 โปรแกรมในระยะต่อไปอาจใช้ระบบ Risk Score ที่ชุมชนสามารถประเมินเองได้เบื้องต้น เพื่อให้เกิดกระบวนการคัดกรองเชิงรุกที่รวดเร็วกว่าเดิม

ผลการศึกษาในส่วนที่ 2 และ 3 ชี้ให้เห็นว่าการสร้างความตระหนักรู้และการรับรู้สุขภาพตนเองเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ ประสบความสำเร็จในการทำให้ผู้ป่วยเห็นภาพรวมของโรคผ่านการประเมินความพร้อมและแผนสุขภาพส่วนบุคคล สิ่งนี้สะท้อนว่าการลดน้ำตาลไม่ได้เกิดจากการสั่งการโดยบุคลากรทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เกิดจาก internal motivation ในอนาคตควรเพิ่มการใช้เทคโนโลยี (digital health) เช่น แอปพลิเคชัน หรือ line official เพื่อให้ผู้ป่วยบันทึกและเห็นกราฟสุขภาพตนเองแบบ real-time ซึ่งจะช่วยรักษาระดับความตระหนักรู้ให้คงอยู่ยืนยาว (sustainability)

ผลการศึกษาส่วนที่ 4 ควรมีการถอดบทเรียน “คู่มือสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ให้เป็นสื่อที่เข้าใจง่ายขึ้น เช่น การใช้โมเดลอาหารแลกเปลี่ยนที่เป็นอาหารท้องถิ่นจริง เพื่อให้การจัดการอาหารไม่รู้สึกว่าเป็นภาระหรือการบังคับ

ผลการศึกษาในส่วนที่ 5 ควรพัฒนาระบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” (peer support) ให้เข้มแข็งขึ้น โดยการคัดเลือกผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (expert patients) จากงานวิจัยนี้ มาเป็นต้นแบบในชุมชน จะช่วยให้เกิดความยั่งยืนของโปรแกรมโดยไม่ต้องพึ่งพางบประมาณภาครัฐเพียงอย่างเดียว

ข้อจำกัด

ข้อจำกัดในการนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน หากเป็นพื้นที่ในเครือข่ายปฐมภูมิที่มีทรัพยากรด้านคนจำกัด เช่น จำนวนและศักยภาพของอสม. พยาบาลเวชปฏิบัติ ด้านการเก็บและติดตามข้อมูลรวมถึงความสามารถในการใช้เทคโนโลยี และด้านการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เช่น ปริมาณเครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว อาจทำให้ประสิทธิภาพในเรื่องของการแนะนำ การติดตาม และผลลัพธ์ทางสุขภาพแตกต่างกันออกไป

สรุป

ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้ NCDx model ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถคุมระดับได้ และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมบทความ คือ วิเคราะห์ผู้ป่วย การให้ความรู้ โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยง ประเมินความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลง ทบทวนเป้าหมายการจัดการตนเอง ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สร้างความตระหนักรู้ โดยการแจ้งให้ทราบถึงสถานภาพ สมรรถนะของตนเอง ในการทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ การจัดการด้านอาหาร การออกกำลังกาย มีสร้างคู่มือสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยน โดยใช้หลักการเวชศาสตร์วิถีชีวิต และการมีส่วนร่วมภายในชุมชน คือ เครือข่ายในการติดตามผู้ป่วยตั้งแต่ระดับครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน

จนไปถึงเครือข่ายของรพ. เช่น รพ.สต. จึงสรุปว่าผลการศึกษาดูตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย

Highlight

1. NCDx model ช่วยลดระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ได้อย่างมีนัยสำคัญ
2. การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
3. บทบาททีมสหวิชาชีพที่ชัดเจนเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance: IS) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 3 มีนาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://dvis3.ddc.moph.go.th/t/DDC_CENT-ER_NCD/views/DashboardNCDFinal/INJ_4
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566, 8 พฤศจิกายน). กรม. มีมติอนุมัติงบประมาณสำหรับงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 สุราษฎร์ธานี. (2568). กองทุนพาประชุม 68 [PDF].
4. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;5:390-5.
5. ปณณณิน เชื้อนเพ็ชร, สายสุรีย์ หงส์ศิลา, สุภารัตน์ อัดถกจิณจก. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ยากต่อการรักษา ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแม่ลาว. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8:1-9.
6. มยุรี คนยัง. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยชุมชนมีส่วนร่วม จังหวัดอุดรธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9:335-345.
7. กงทอง ไพศาล. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจและการดูแลต่อเนื่องในศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562;1:171-82.
8. นิยม ดีจันทร์, สุพัฒน์ กองศรีมา, นครินทร์ ประสิทธิ์, ญัฐพร นิธิธรรมสกุล, ภูวนาถ ศรีสุธรรม. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลกุดหมากไฟ อำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567;18:111-27.
9. ชูศรี สอนสา. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประพาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10:497-505.
10. ชัสมน นามวงษ์, รัชชนก กลิ่นชาติ, สมาลี ราชนิยม, พันชกร คำผล, นฤมล ทองภักดี. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการจัดการตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562;29:179-93.
11. จิตราตรี สอนวงศา. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้โดยกระบวนการมีส่วนร่วม. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2563;3:46-55.
12. เต็มใจ แก้วรักษา. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้วิถีใหม่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนยานาง ตำบลดอนสมบูรณ์ อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8:634-47.
13. ชัยญานัก กฤตประวีร์. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรม การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานในชุมชน ตำบลพังโคน อำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2567;9:467-78.
14. ยุทธศาสตร์ ภูวิชัย. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยชุมชนมีส่วนร่วม ในเขตเทศบาลตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9:630-42.
15. วนิดา สมภูงา, พุทธิไกร ประมวล. การพัฒนาและการประเมินผลของรูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15:273-87.
16. อุษณีย์ งามฤทธิ์, สุภัค จันทรสองดวง, พรสงกรานต์ มนคาถา, นฤมล โพธิสาข. การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองโดยมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8: 402-10.
17. ชุตินา เลิศอาวธ, โสภิตา ยอดยิ่ง, จิราพร ถาวรสุข. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านขวน อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2568;21:104-14.

ORIGINAL ARTICLE

Association Between Incomplete Sputum Smear Monitoring and Treatment Success in Pulmonary Tuberculosis

Nicharat Sawangroj, M.D., MRCFPT, Patchaya Jaroenwanit, M.D., Diagnostic Radiology,
Thammasorn Jeeraaumponwat, M.D., Preventive Medicine, Epidemiology

Khon Kaen Hospital, Khon Kaen Province, Thailand

Corresponding author :

Nicharat Sawangroj, M.D.,
Khon Kaen Hospital, 54, 56
Srichan Road, Nai Mueang,
Mueang Khon Kaen District,
Khon Kaen 40000, Thailand
Email: nicharat@fammedkhh.
com

Received: September 18, 2024;

Revised: March 24, 2025;

Accepted: May 26, 2025

ABSTRACT

Background: The six-month treatment regimen for pulmonary tuberculosis (TB) includes sputum monitoring at months two, five, and six. However, due to patient limitations, healthcare resource constraints, and service disruptions during the COVID-19 pandemic, some patients were unable to complete all three follow-ups. This study aimed to investigate the association between incomplete sputum smear monitoring and treatment success among patients with pulmonary TB.

Design: Retrospective cohort study

Methods: The medical records were analyzed for new or relapsed cases of adult pulmonary TB patients treated at Khon Kaen Hospital between 2021 and 2023. Patients were categorized into two groups: the incomplete monitoring group (missing $\geq$ one smear at months two, five, or six), and the complete group (smears at all three points). The primary outcome was treatment success, defined as cure or treatment completion. Crude analysis was performed using Fisher's exact test. Poisson regression with robust standard errors was used to estimate adjusted relative risk (aRR).

Results: Of 396 patients, 223 were in the incomplete group and 173 in the complete group. The treatment success rate was 100% in the incomplete group and 98.8% in the complete group. The crude relative risk was 1.012 (95% CI: 0.996-1.028). After adjustment for age, sex, comorbidities, smoking, and alcohol use, the association remained in the same direction, with an aRR of 1.015 (95% CI: 0.995-1.036).

Conclusions: Incomplete sputum smear monitoring was not associated with the treatment success rate among pulmonary TB patients.

Keywords: pulmonary tuberculosis, sputum smear monitoring, treatment success

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจเชื้อจากเสมหะไม่ครบและความสำเร็จในการรักษาวัณโรคปอด

ณิชารัฐ สว่างโรจน์, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว, ภัสชญา เจริญวานิช, พ.บ., วว.รังสีวิทยาวินิจฉัย, ธรรมสรณ์ จีระอำพรวัฒน์, พ.บ., อว.เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาศติวิทยา

โรงพยาบาลขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ณิชารัฐ สว่างโรจน์, พ.บ.,

โรงพยาบาลขอนแก่น

54, 56 ถ.ศรีจันทร์ ต.ในเมือง

อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น

40000, ประเทศไทย

Email: nicharat@fammedkhh.

com

Received: September 18, 2024;

Revised: March 24, 2025;

Accepted: May 26, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: การรักษาวัณโรคปอดในปัจจุบัน รักษาด้วยยาเป็นเวลา 6 เดือน ร่วมกับการตรวจติดตามเสมหะในเดือนที่ 2, 5 และ 6 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถมาตรวจติดตามครบทั้งสามครั้ง เนื่องจากข้อจำกัดของผู้ป่วย ทรพยากรทางระบบสุขภาพที่จำกัด และการหยุดชะงักของบริการระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 เราจึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ของการติดตามตรวจเสมหะไม่ครบตามเกณฑ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด

แบบวิจัย: Retrospective cohort study

วัสดุและวิธีการ: ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2566 ผู้ป่วยถูกจัดเป็นสองกลุ่มตามการติดตามตรวจเสมหะ ได้แก่ กลุ่มไม่ครบ (ขาดการตรวจอย่างน้อยหนึ่งครั้งในเดือนที่ 2, 5 หรือ 6) และกลุ่มครบ (ตรวจครบทั้งสามครั้ง) ผลลัพธ์หลักคืออัตราการรักษาสำเร็จ ซึ่งหมายถึงผู้ที่รักษาหายหรือรักษาครบ โดยได้ทำการวิเคราะห์แบบปัจจัยเดียวด้วย Fisher's exact test และใช้ Poisson regression ที่ปรับค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (robust SE) เพื่อคำนวณ adjusted relative risk (aRR) โดยควบคุมตัวแปรกวน

ผลการศึกษา: จากเวชระเบียนผู้ป่วย 396 คน มี 223 คน อยู่ในกลุ่มที่ตรวจเสมหะไม่ครบ และ 173 คนในกลุ่มที่ตรวจครบ อัตราการรักษาสำเร็จในกลุ่มที่ตรวจไม่ครบคือ ร้อยละ 100 และในกลุ่มที่ตรวจครบคือ ร้อยละ 98.8 โดยมีค่า relative risk เท่ากับ 1.012 (95%CI: 0.996-1.028) นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์โดยใช้ poisson regression ที่ควบคุมอายุ เพศ โรคร่วม การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ยังคงให้ผลไปในทิศทางเดียวกัน โดยมี aRR เท่ากับ 1.015 (95%CI: 0.995-1.036)

สรุป: การติดตามตรวจเสมหะไม่ครบตามเกณฑ์ไม่สัมพันธ์กับอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด

คำสำคัญ: วัณโรคปอด การติดตามตรวจเสมหะ ความสำเร็จในการรักษา

Introduction

Tuberculosis (TB), caused by *Mycobacterium tuberculosis*, predominantly affects the lungs and is known as pulmonary TB.¹ In 2022, the World Health Organization (WHO) recommended three 4-6-month treatment regimens for patients with drug-susceptible TB. However, the standard treatment for new pulmonary TB patients remains the 6-month regimen consisting of 2 months of isoniazid (H), rifampicin (R), pyrazinamide (Z), and ethambutol (E), followed by 4 months of isoniazid and rifampicin (2HRZE/4HR), which globally achieves an approximate 85% treatment success rate.² Monitoring patient response and potential side effects during this 6-month treatment period is crucial, involving regular clinical examinations, chest X-rays, laboratory tests, and sputum smear microscopy and cultures.²

According to WHO guidelines, sputum culture, which has higher sensitivity than sputum smear microscopy, is recommended for treatment monitoring at two key time points, after two months of treatment and at the end of treatment.² This differs from Thailand's approach, which primarily uses sputum smear microscopy. Understanding these differences is important for interpreting treatment outcomes across settings.

Thailand, as one of the 30 high TB burden countries,³ experiences a total TB incidence of 143 per 100,000 population.⁴ For new drug-susceptible pulmonary TB cases, the National Tuberculosis Control Program Guideline, Thailand 2021, recommends the six-month 2HRZE/4HR regimen, along with sputum smear examinations at two, five, and six months after treatment initiation.⁵ These consecutive sputum smear monitoring (SSM) aims to assess individual treatment response and guide doctors in making informed treatment decisions. However, several factors have been known to impede the completion of SSM, especially in limited-resource settings.⁶ Patient-related barriers, such as poor access to reliable public transport, can prevent patients from attending follow-up visits on time. Health system limitations, such as a shortage of trained laboratory technicians in community hospitals, may lead to delays or inability to perform smear microscopy. Moreover, many facilities lack the capacity to perform sputum culture locally, requiring specimens to be referred to external laboratories, which further delays diagnosis and

monitoring. Disruptions during the COVID-19 pandemic—such as appointment cancellations, clinic closures, and reduced services due to quarantine policies—have also exacerbated challenges in maintaining regular patient monitoring. These barriers collectively contribute to missed follow-up visits and incomplete SSM, potentially affecting treatment outcomes.

Beyond sputum testing, various patient- and system-level factors have been linked to treatment success. These include age, sex, adherence to medication, tobacco and alcohol use, comorbidities such as HIV infection or diabetes, socioeconomic status, and access to healthcare services.⁷

A large cohort study conducted in India observed that even among successfully treated patients, only 62% completed all sputum examinations.⁸ Additionally, studies conducted in rural areas with limited sample sizes have explored the association between incomplete SSM and unsuccessful treatment outcomes.^{9,10} While a study in Thailand found a strong association between not receiving the 2-month sputum smear examination and unsuccessful treatment, its low sample size and non-specific objective—focused broadly on multiple risk factors rather than a defined process-of-care—limit its interpretability.¹¹ Our study specifically examines the impact of incomplete SSM, defined as missing any scheduled examination at months 2, 5, or 6 on treatment success.

Therefore, our study aimed to investigate the association between incomplete SSM and the treatment success rate in pulmonary TB patients. The findings could help identify patients at risk of poor outcomes due to inadequate monitoring and inform targeted interventions to strengthen follow-up practices.

Methods

Design

This study was a retrospective cohort study. We reviewed medical records of pulmonary TB patients who registered for treatment at Khon Kaen Hospital via the National Tuberculosis Information Program (NTIP) between 2021 and 2023.

Baseline data were collected for eligible patients, including age at diagnosis, sex, weight, height, type of registration (new or relapse), imprisonment status, anti-TB regimen, distance from home to hospital, tobacco use, alcohol

use, comorbidities (including diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, liver disease, and chronic kidney disease), chest X-ray (CXR) results at diagnosis, and bacteriological confirmation test results at diagnosis.

The distance from home to hospital was estimated using Google Maps, based on the patient's current address recorded in the hospital system. The starting point was the subdistrict (tambon) of the residence, and the destination was Khon Kaen Hospital.

The protocol was approved by the Khon Kaen Institutional Review Board (KIRB), reference number KEXP67023, approved March 12, 2024.

Participants

The inclusion criteria for the study were as follows: patients aged 18 years and older with medical records diagnosed with pulmonary TB, including both new cases and relapses, confirmed bacteriologically by any method such as smear microscopy, culture, Xpert Mycobacterium tuberculosis/rifampicin (Xpert MTB/RIF), line probe assay (LPA), or polymerase chain reaction for tuberculosis (PCR for TB).

The exclusion criteria were as follows: patients who were anti-HIV positive, patients with drug-resistant TB identified at the initiation of treatment, and patients receiving treatment regimens other than 2HRZE/4HR or those who started with the 2HRZE/4HR regimen but had a regimen change during treatment. Patients who were anti-HIV positive were excluded to reduce clinical heterogeneity, as co-infection may affect disease presentation, treatment response, and monitoring protocols, and these patients are more likely to receive modified TB treatment regimens. Moreover, medical records of patients who could not be followed up after six months of treatment, such as patients transferred out to other facilities before completing the treatment duration, were excluded from the study. Patients with missing data on specific variables (e.g., CXR findings or individual sputum smear results) were not excluded if they still met the overall inclusion and group classification criteria as defined.

Defining groups

Incomplete SSM: Patients who did not have sputum smear results for all three recommended time points—at 2 months, 5 months, and 6 months

after initiating treatment—were categorized in this group. This included patients who missed one or two of the scheduled sputum smear examinations. However, in cases where patients attended follow-up appointments but were unable to provide a sputum sample due to clinical improvement (e.g., no productive cough), these visits were not considered missed. Clinical improvement was determined based on information recorded by physicians in the medical records, including documented symptom resolution and improved CXR findings. A sputum collection was considered acceptable if performed within two weeks of the scheduled date; this timeframe was consistently applied to all three time points.

Complete SSM: Patients who had sputum smear results documented for all three recommended time points—either on the scheduled date or within the acceptable 2-week window—were categorized in this group. Similarly, if patients attended the follow-up visits but could not produce sputum due to clinical improvement, as verified through symptom resolution and CXR findings in the medical record, these were still counted as monitored.

Outcomes

The primary outcome was the treatment success rate, calculated as the number of patients who were either cured or treatment completed divided by the total number of patients included in the study. In pulmonary TB treatment, cured refers to patients who were bacteriologically confirmed at diagnosis and later tested negative after completing treatment. Treatment completed refers to patients who completed the prescribed treatment regimen and had no evidence of treatment failure, but did not have bacteriological confirmation of cure at the end of treatment.

Once the treatment success rate was determined, we proceeded to examine its association with incomplete SSM, the main exposure of interest in this study. This association was analyzed using regression techniques, as described in the statistical analysis section.

Secondary outcomes were also collected, which included patient treatment status and CXR findings. At the end of treatment, patient status could be classified as either cured, treatment completed, treatment failed, died, or lost to follow-up. We also collected CXR results before

discharge (at 6 months) and CXR results at 3 months after discharge.

Standard full-size posteroanterior CXRs were performed at the time of diagnosis, 2 months after treatment, 6 months after treatment, and 3 months after discharge. Data collection included findings of consolidation, cavitation, effusion, miliary patterns, nodules, fibrosis, and the proportion of lung involvement. The extent of lung involvement was assessed using the Timika score.¹²⁻¹⁴ Each CXR was evaluated by one radiologist (2nd author) and an experienced pulmonary TB physician (1st author). We assessed inter-rater reliability for CXR characteristics using Cohen's kappa statistic, which yielded a value of 0.61 (95% confidence interval [CI]: 0.43 to 0.79). For the proportion of lung involvement, we utilized intraclass correlation coefficients and obtained a value of 0.94 (95%CI: 0.90 to 0.97). Any discrepancies between the two evaluators were resolved through discussions to reach a consensus. CXR results were collected to compare radiographic improvement between the incomplete and complete SSM groups.

The primary objective of this study was to assess whether incomplete SSM was associated with the treatment success rate, which served as the focus of our analysis.

Statistical analysis

The sample size calculation was based on a previous cohort study⁹, which reported a treatment success rate of 81.6% in the incomplete smear group and 91.8% in the complete smear group. We calculated that 173 patients per group would be required to achieve 80% power to detect the effect of sputum monitoring, with a two-sided alpha level of 0.05.¹⁵

Baseline characteristics and treatment outcomes were presented using descriptive statistics, including mean, median, standard deviation, interquartile range, and frequency (percentage). Baseline characteristics included age, sex, body mass index (BMI), registration type (new or relapse), imprisonment status, distance from home to hospital, tobacco use, alcohol use, comorbidities, initial chest X-ray findings, and type of bacteriological confirmation test.

To compare the two groups, different statistical tests were applied based on the nature of the data. For qualitative variables, either the Chi-

squared test or Fisher's exact test was used, depending on the data distribution. For quantitative variables, the Kolmogorov–Smirnov test was first applied to assess normality. Variables with a normal distribution were compared using the independent sample t-test, while those with a non-normal distribution were analyzed using the Mann–Whitney U test.

To examine the association between incomplete SSM and treatment success, we first performed univariable analysis using simple logistic regression. Variables with a $p < 0.25$, along with other potential confounders based on prior knowledge, were then selected for inclusion in the multivariable model. The final model was constructed using Poisson regression with robust standard errors to estimate adjusted relative risk (aRR).

Descriptive statistics and univariable analysis were performed using jamovi (version 2.6)¹⁶, while Poisson regression with robust standard errors was conducted using RStudio (Version 2024.12.1+563).¹⁷

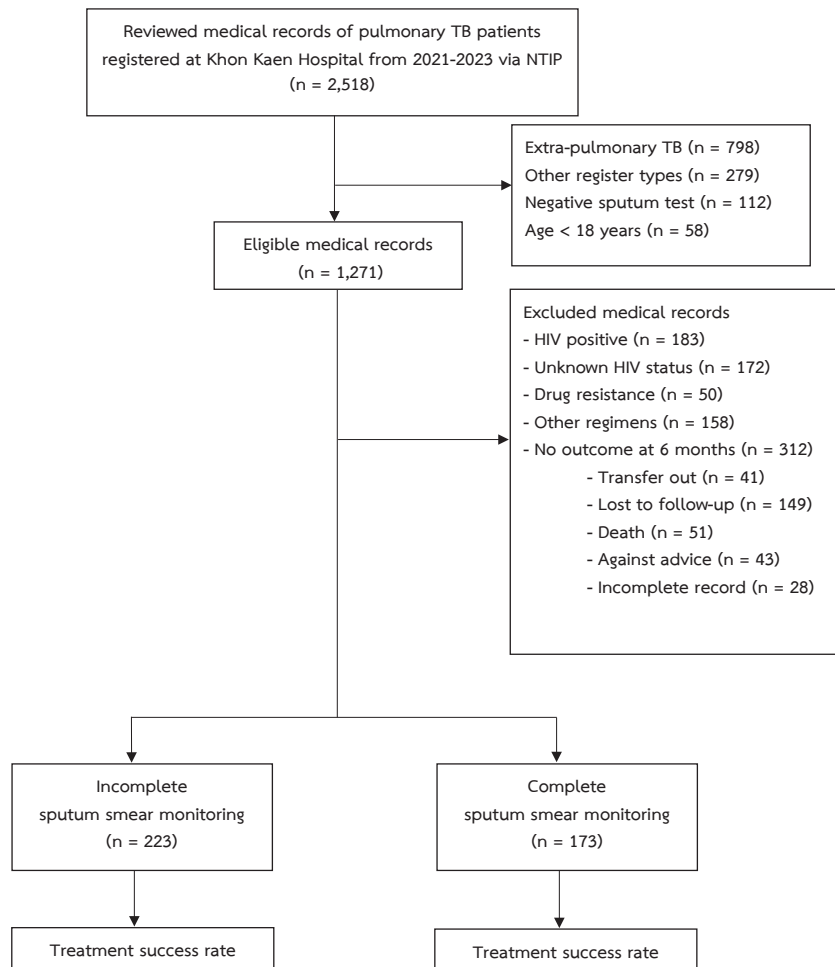
Results

Participants

Overall, we reviewed records for 2,518 patients and found 1,271 that met the eligibility criteria. After applying the exclusion criteria, we categorized 223 records into the incomplete SSM group and 173 records into the complete SSM group (Figure 1).

Baseline characteristics of the study population are summarized in Table 1. The mean age was similar between the incomplete and complete groups (51.0 ± 16.0 years vs. 49.7 ± 15.2 years; $p = 0.395$). The proportion of males was significantly higher in the complete group compared to the incomplete group (76.9% vs. 61.4%; $p = 0.001$). Mean body mass index (BMI) was approximately 20 kg/m² in both groups, and nearly all patients in both groups were classified as new cases, with no significant difference between groups. A significantly higher proportion of imprisoned individuals was observed in the complete SSM group compared to the incomplete group (16.8% vs. 5.4%; $p < 0.001$).

Median distance from home to hospital was similar between the incomplete and complete groups (9.6 km vs. 8.9 km; $p = 0.261$). Presence of comorbidities including diabetes, chronic ob-



*TB: tuberculosis, NTIP: National Tuberculosis Information Program, HIV: human immunodeficiency virus

Figure 1. Study flow

structive pulmonary disease, liver disease, and chronic kidney disease was comparable between groups (all $p > 0.05$). Likewise, tobacco use (never, former, current) and alcohol use were not significantly different between the groups.

Chest x-ray (CXR) findings at diagnosis, including the presence of specific lesions, did not significantly differ between groups. However, the median proportion of lung involvement (50% vs. 30%; $p = 0.007$) and the median Timika score (50 vs. 37.5; $p = 0.010$) were significantly higher in the complete SSM group. The bacteriological confirmation methods and sputum AFB smear results at diagnosis were similar across both groups.

Sputum monitoring

In the incomplete SSM group, it was found that the majority did not have sputum tests at month five, with a total of 189 patients. Among

these, 128 patients were scheduled for sputum follow-up in month four instead of month five.

Primary outcome

The treatment success rate was 100% in the incomplete SSM group and 98.8% in the complete SSM group, showing no significant difference between the groups ($p = 0.190$) (Table 2). The relative risk was 1.012 (95% CI: 0.996-1.028).

Simple logistic regression was used for univariable analysis to explore other potential confounders. Table 3 shows that no other factors, except for former tobacco use, were associated with the treatment success rate when considering a p -value threshold of less than 0.25. However, we conducted multivariable analysis using Poisson regression with known confounders, in addition to tobacco use, to ensure the validity of the results.

Table 1. Baseline characteristics of participants

Characteristics	Incomplete sputum smear monitoring (N = 223)	Complete sputum smear monitoring (N = 173)	P-value
Clinical characteristics			
Age (years)	51.01 + 15.96	49.66 + 15.24	0.395
Male, n (%)	137 (61.43)	133 (76.87)	0.001
Body mass index (kg/m ²)	20.23 + 3.49	20.10 + 3.82	0.734
Register type – no. (%)			0.595
New	210 (94.17)	165 (95.38)	
Relapse	13 (5.83)	8 (4.62)	
Imprisonment – no. (%)	12 (5.38)	29 (16.76)	< 0.001
Median home-to-hospital distance (km)	9.60 (3.10-21.50)	8.90 (3.10-21.20)	0.261
Co-morbidities – no./total, n (%)	99/218 (45.41)	73/147 (49.66)	0.425
Diabetes	64/218 (29.36)	53/147 (36.05)	
Chronic obstructive pulmonary disease	4/218 (1.83)	4/147 (2.72)	
Liver disease	9/218 (4.13)	4/147 (2.72)	
Chronic kidney disease	9/218 (4.13)	6/147 (4.08)	
Tobacco use – no./total, n (%)			0.456
Never	162/215 (75.35)	104/145 (71.72)	
Former	12/215 (5.58)	6/145 (4.14)	
Current	41/215 (19.07)	35/145 (24.14)	
Alcohol use – no./total, n (%)			0.052
Never	163/215 (75.81)	99/145 (68.28)	
Former	3/215 (1.40)	8/145 (5.52)	
Current	49/215 (22.79)	38/145 (26.20)	
Chest X-ray at diagnosis			
Lesion – no./total no. (%)			0.687
Normal	9/196 (4.59)	5/143 (3.50)	
Consolidation	68/196 (34.69)	49/143 (34.27)	
Cavitation	26/196 (13.27)	22/143 (15.38)	
Nodules	76/196 (38.78)	54/143 (37.76)	
Miliary	11/196 (5.61)	11/143 (7.69)	
Pleural effusion	5/196 (2.55)	1/143 (0.70)	
Abscess	0	1/143 (0.70)	
Pneumothorax	1/196 (0.51)	0	
Median proportion of lung involvement (%)	30.00 (25.00-50.00)	50.00 (25.00-75.00)	0.007
Median Timika score (score)	37.50 (25.00-75.00)	50.00 (25.00-90.00)	0.010
Bacteriological confirmation at diagnosis			
Sputum AFB – no. (%)	149 (66.82)	118 (68.21)	0.333
Scanty	18 (12.08)	11 (9.32)	
1+	36 (24.16)	31 (26.27)	
2+	35 (23.49)	24 (20.34)	
3+	60 (40.27)	52 (44.07)	
GeneXpert (MTB detected) – no. (%)	52 (23.32)	40 (23.12)	
Real-time PCR (MTB detected) – no. (%)	18 (8.07)	14 (8.09)	
Line probe assay (MTB detected) – no. (%)	0	1 (0.58)	
Unknown**	4 (1.79)	0	

AFB, acid-fast bacilli; MTB, Mycobacterium tuberculosis

*Plus-minus values are means ± SD.; **some patients were diagnosed at other healthcare facilities, and their lab test results were not available.

After adjusting for age, sex, comorbidities, tobacco use, and alcohol use, the incomplete SSM group still showed no significant difference

compared to the complete SSM group in terms of treatment success rate. The aRR was 1.015 (95%CI: 0.995–1.036).

Table 2. Treatment outcomes of pulmonary tuberculosis patients

Characteristics	Incomplete sputum smear monitoring (N = 223)	Complete sputum smear monitoring (N = 173)	P-value
Treatment success rate, n (%)	223 (100)	171 (98.84)	0.190
Cured, n (%)	42 (18.83)	13 (7.51)	
Completed, n (%)	181 (81.17)	158 (91.33)	
Failed, n (%)	0 (0.00)	2 (1.16)	
Died, n (%)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Chest X-ray before discharge			
Lesion – no./total, n (%)			0.115
Normal	24/212 (11.32)	28/166 (16.87)	
Consolidation	15/212 (7.08)	23/166 (13.86)	
Cavitation	6/212 (2.83)	4/166 (2.41)	
Nodules	128/212 (60.38)	81/166 (48.80)	
Miliary	0 (0.00)	0 (0.00)	
Fibrosis	37/212 (17.45)	30/166 (18.07)	
Pleural effusion	2/212 (0.94)	0 (0.00)	
Median proportion of lung involvement (%)	10.00 (5.00-25.00)	10.00 (5.00-25.00)	0.828
Median Timika score (score)	10.00 (5.00-25.00)	10.00 (5.00-25.00)	0.804
Chest X-ray at 3 months after discharge			
Lesion – no./total, n (%)			0.212
Normal	18/125 (14.40)	16/89 (17.98)	
Consolidation	11/125 (8.80)	7/89 (7.87)	
Cavitation	3/125 (2.40)	0	
Nodules	62/125 (49.60)	34/89 (38.20)	
Miliary	0	1/89 (1.12)	
Fibrosis	30/125 (24.00)	31/89 (34.83)	
Pleural effusion	1/125 (0.80)	0	
Median proportion of lung involvement (%)	10.00 (5.00-25.00)	10.00 (5.00-25.00)	0.523
Median Timika score (score)	10.00 (5.00-25.00)	10.00 (5.00-25.00)	0.316

Secondary outcomes

CXR findings before discharge, including the presence of various lesions, showed no significant differences between the two groups. The median proportion of lung involvement and the median Timika score were similar between the groups before discharge ($p = 0.828$ and $p = 0.804$, respectively).

At three months after discharge, CXR findings remained comparable, with no significant differences in lesions, the median proportion of lung involvement, or the Timika score ($p = 0.523$ and $p = 0.316$, respectively). However, despite the lack of statistically significant differences, the downward trend in Timika scores suggests radiographic improvement in both groups. (Table 2)

Discussion

Our study found no significant difference in the treatment success rates of pulmonary TB patients between those with incomplete SSM

and those with complete monitoring. Although most patients in the incomplete SSM group did not have sputum tests in the fifth month, many underwent sputum testing in the fourth month as part of routine clinical management. This deviation from national guidelines may reflect a pragmatic adaptation to real-world resource limitations.

Interestingly, our study found a slightly lower treatment success rate in the complete SSM group compared to the incomplete group, although the difference was not statistically significant. One possible explanation is that patients in the complete monitoring group may have had more severe disease at baseline. As shown in Table 1, they had significantly higher Timika scores (median 50 vs. 37.5) and a greater proportion of lung involvement (50% vs. 30%) on CXR at diagnosis.

One plausible explanation for the absence of an association is that SSM primarily assists physicians in assessing treatment response and guiding clinical decisions, rather than being a de-

Table 3. Univariable analysis of factors associated with the treatment success rate

Variables	Crude odds ratio	95% Confidence interval	P-value
Age (years)	0.98	0.90-1.08	0.707
Sex			
Male	N/A	N/A	0.995
Female	1.00		
Body mass index (kg/m ²)	1.17	0.73-1.88	0.506
Register type			
New	N/A	N/A	0.995
Relapse	1.00		
Imprisonment			
Yes	N/A	N/A	0.996
No	1.00		
Home-to-hospital distance (km)	1.19	0.82-1.70	0.359
Co-morbidities			
Yes	N/A	N/A	0.996
No	1.00		
Tobacco use			
Former	0.06	0.00-1.07	0.056
Current	N/A	N/A	0.996
Never	1.00		
Alcohol use			
Former	N/A	N/A	1.000
Current	N/A	N/A	0.995
Never	1.00		
Timika score at diagnosis	1.00	0.96-1.05	0.991
Sputum smear monitoring			
Incomplete	N/A	N/A	0.996
Complete	1.00		

N/A (not applicable) indicates that the odds ratio cannot be calculated due to extremely large coefficients.

All values in the table were obtained from simple logistic regression.

Tobacco and alcohol use were analyzed using "never" as the reference category.

terminant of treatment success in itself. In our setting, even when patients missed scheduled sputum examinations, clinicians generally continued the standard treatment regimen to completion. Given that the majority of our patients had drug-susceptible TB and received the full course of the 2HRZE/4HR regimen, the likelihood of achieving successful outcomes remained high regardless of monitoring completeness. This aligns with previous findings that standard treatment remains effective for non-resistant TB cases even with limited bacteriological monitoring.¹⁸

Our findings contrasted with some previous studies that have shown a strong association between incomplete sputum monitoring and unsuccessful treatment outcomes. For instance, Nakaggwa et al. (2016) found that incomplete SSM was associated with an unadjusted odds ratio of 2.5 for treatment failure in Uganda.⁹ Similarly, a study from Thailand in 2021 demon-

strated a strong association between missing sputum smear examinations and unsuccessful treatment outcomes, with an adjusted hazard ratio of 18.40.¹¹ However, our study supported the findings of a 2019 study in Uganda using propensity score-matched analysis, which reported no significant association between SSM completion and treatment success rate.¹⁰

One of the strengths of our study was the large sample size and comprehensive data collection from a high-burden TB setting in an urban area, which enhances the generalizability of our findings. Additionally, the use of Poisson regression to adjust for potential confounders strengthens the validity of our results. However, our study had some limitations. The retrospective design might introduce bias, and incomplete records could affect the accuracy of our findings. Other unobserved confounders, such as drug compliance, days of drug interruption, and side effects

from TB drugs, were not measured. These factors might affect the treatment outcomes.

Future studies should consider prospective designs to minimize bias and ensure more accurate data collection. In addition to exploring the overall impact of sputum monitoring on treatment outcomes, future research should also investigate the minimum number and optimal timing of sputum smear examinations required to maintain high treatment success rates, particularly in settings with limited resources. Identifying which follow-up points provide the greatest clinical value could help refine national TB program guidelines and support more efficient patient management.

Conclusions

In conclusion, incomplete SSM did not compromise treatment success in pulmonary TB patients when appropriate clinical management and follow-up were ensured, suggesting flexibility may be acceptable in resource-limited settings.

Highlight

1. Incomplete sputum smear monitoring (SSM) was not associated with treatment success in pulmonary TB patients (aRR 1.01, 95% CI: 0.995-1.036).
2. Treatment success remained high in both groups (100% vs. 98.8%) even though nearly all patients with a missed month-5 test underwent testing in month 4 instead.
3. Findings support that standard TB treatment can remain effective despite incomplete follow-up sputum monitoring in resource-limited settings.

References

1. Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 4: Treatment – drug-susceptible tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization; 2022.
3. WHO global lists of high burden countries for TB, multi-drug/rifampicin-resistant TB (MDR/RR-TB) and TB/HIV, 2021–2025. Geneva: World Health Organization; 2021.
4. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Thailand operational plan: To end tuberculosis, phase 2 (2023–2027). Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2023.
5. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Division of Tuberculosis. National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand 2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2021.
6. Alene KA, Wangdi K, Clements ACA. Impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis control: an overview. *Trop Med Infect Dis.* 2020;5:123.
7. Chaves Torres NM, Quijano Rodríguez JJ, Porras Andrade PS, Arriaga MB, Netto EM. Factors predictive of the success of tuberculosis treatment: a systematic review with meta-analysis. *PLoS One.* 2019;14(12):e0226507. PubMed .
8. Satyanarayana S, Nagaraja SB, Kelamane S, Jaju J, Chadha SS, Chander K, et al. Did successfully treated pulmonary tuberculosis patients undergo all follow-up sputum smear examinations? *Public Health Action.* 2011;1:27-9.
9. Nakaggwa P, Odeke R, Kirenga BJ, Bloss E. Incomplete sputum smear microscopy monitoring among smear-positive tuberculosis patients in Uganda. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2016;20:594–9.
10. Izudi J, Tamwesigire IK, Bajunirwe F. Does completion of sputum smear monitoring have an effect on treatment success and cure rate among adult tuberculosis patients in rural Eastern Uganda? A propensity score-matched analysis. *PLoS One.* 2019;14(12):e0226919. PubMed
11. Charoensakulchai S, Lertpheantum C, Aksornpusitpong C, Trakulsuk P, Sakboonyarat B, Rangsin R, et al. Six-year trend and risk factors of unsuccessful pulmonary tuberculosis treatment outcomes in Thai community hospital. *BMC Res Notes.* 2021;14(1):89. PubMed
12. Ralph AP, Ardian M, Wiguna A, Maguire GP, Becker NG, Drogumuller G, et al. A simple, valid, numerical score for grading chest X-ray severity in adult smear-positive pulmonary tuberculosis. *Thorax.* 2010;65:863–9.
13. Thiel BA, Bark CM, Nakibali JG, van der Kuyp F, Johnson JL. Reader variability and validation of the Timika X-ray score during treatment of pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2016;20:1358–63.
14. Chakraborty A, Shivananjaiah AJ, Ramaswamy S, Chikkavenkatappa N. Chest X-ray score (Timika score): a useful adjunct to predict treatment outcome in tuberculosis. *Adv Respir Med.* 2018;86:205–10.
15. Ngamjarus C, Pattanittum P. n4Studies [mobile application]. Version 2.2. Bangkok: App Store; 2023. Available from: <https://apps.apple.com/th/app/n4studies/id680516901>
16. The jamovi project. jamovi [computer software]. Version 2.4. 2023. Available from: <https://www.jamovi.org>
17. Posit Team. RStudio: Integrated Development Environment for R [computer software]. Version 2024.12.1+563 ("Kousa Dogwood"). 2025. Available from: <https://posit.co>
18. Horne DJ, Royce SE, Gooze L, Narita M, Hopewell PC, Nahid P, et al. Sputum monitoring during tuberculosis treatment for predicting outcome: systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010;10:387–94.

ORIGINAL ARTICLE

Development of a Tuberculosis Screening Service Access Model for Household Contacts through Community Participation in Nakhon Pathom Province

Supat Katunyutita, M.Sc. (INFECTIOUS DISEASES), Akkalak Aiempradit, M.P.H. (Hospital Administration), Jaruwat Tanantornviwat, B.N.S

Nakhon Pathom Provincial Public Health Office, Nakhon Pathom Province, Thailand

Corresponding author :

Supat Katunyutita M.Sc.
Nakhon Pathom Provincial
Public Health Office, 170 Tesa
Rd, Tambon Phra Prathom
Chedi, Mueang Nakhon
Pathom District, Nakhon
Pathom 73000 Thailand
Email: supat73000@gmail.
com

Received: June 20, 2026;

Revised: July 8, 2026;

Accepted: August 1, 2026

ABSTRACT

Background: Household contacts of tuberculosis patients are at high risk of developing tuberculosis. Early access to tuberculosis screening and treatment can help reduce disease transmission within the community. This study aimed to develop a community participation-based model to improve access to tuberculosis screening services for household contacts in Nakhon Pathom Province.

Design: Research and development

Methods: The study consisted of four phases: (1) examining the current situation, problems, and factors associated with access to tuberculosis screening services among 260 household contacts and 41 network partners; (2) developing the model with seven tuberculosis control stakeholders; (3) implementing the model and evaluating its effectiveness in experimental and control groups, each comprising 40 participants; and (4) expanding the model and evaluating tuberculosis screening coverage. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests, Pearson's correlation coefficient, independent and paired t-tests, and content analysis.

Results: The findings revealed that: (1) factors associated with access to tuberculosis screening services included sex and occupation ($p < 0.05$), duration of co-residence, awareness, and community support ($r = 0.136, 0.250, \text{ and } 0.514$, respectively; $p < 0.05$); (2) the developed community participation-based model was named the PATHOM Model; (3) after implementation, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores for awareness, community support, and access to tuberculosis screening services than both their baseline scores and those of the control group ($p < 0.05$); and (4) following model implementation and expansion, tuberculosis screening coverage among household contacts increased from 45.31% to 71.23%.

Conclusions: The PATHOM Model effectively improved access to tuberculosis screening services and increased screening coverage among household contacts. Therefore, it should be implemented in other settings to strengthen community-based tuberculosis prevention and control efforts.

Keywords: model development, service access, tuberculosis screening, household contacts, community participation

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครปฐม

สุภัทร กตัญญูทิศา, วท.ม.(โรคติดเชื้อ), เอกลักษณ์ เอี่ยมประดิษฐ์, สม.(บริหารโรงพยาบาล),
จารุวัจน์ ธัญธรวิวัฒน์, พย.บ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สุภัทร กตัญญูทิศา, วท.ม.
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นครปฐม 170 ถ.เทศา
ต.พระปฐมเจดีย์ อ.เมือง
จ.นครปฐม 73000, ประเทศไทย
Email: supat73000@gmail.
com

Received: June 20, 2026;

Revised: July 8, 2026;

Accepted: August 1, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: ผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นวัณโรค การเข้าถึงบริการคัดกรองและการรักษาตั้งแต่ระยะแรกช่วยลดการแพร่เชื้อในชุมชน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครปฐม

แบบวิจัย: การวิจัยและพัฒนา (research and development)

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค โดยเก็บข้อมูลจากผู้สัมผัสร่วมบ้าน 260 คน และภาคีเครือข่าย 41 คน 2) พัฒนารูปแบบร่วมกับผู้เกี่ยวข้องด้านการควบคุมวัณโรค 7 คน 3) ทดลองและประเมินประสิทธิภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 40 คน และ 4) ขยายผลและประเมินความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน การทดสอบที และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: พบว่า 1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค ได้แก่ เพศ อาชีพ ($p < 0.05$) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ร่วมบ้าน ความตระหนัก และการสนับสนุนจากชุมชน ($r = 0.136, 0.250$ และ 0.514 ตามลำดับ; $p < 0.05$) 2) รูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ PATHOM Model 3) ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) และ 4) ภายหลังการขยายผลการใช้รูปแบบ ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.31 เป็นร้อยละ 71.23

สรุป: PATHOM Model มีประสิทธิภาพต่อการเข้าถึงบริการและเพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ การเข้าถึงบริการ การคัดกรองวัณโรค ผู้สัมผัสร่วมบ้าน การมีส่วนร่วมของชุมชน

บทนำ

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (The End TB Strategy) โดยมีวิสัยทัศน์ให้โลกปลอดวัณโรค และมีเป้าหมายยุติการระบาดของวัณโรคภายในปี พ.ศ. 2571 โดยลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรคลงร้อยละ 90 ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากวัณโรคลงร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558¹ สถานการณ์วัณโรคโลก ปี พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 8.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจาก 8.2 ล้านคนใน ปี พ.ศ. 2566 ความก้าวหน้าในการลดภาระโรคลงต่ำกว่าเป้าหมายยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดวัณโรคได้รับการรักษาป้องกันวัณโรค จำนวน 5.3 ล้านคน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน พบว่าความครอบคลุมของการได้รับการรักษาป้องกันวัณโรค มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น²

ประเทศไทยได้จัดทำแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570) มีทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายการควบคุมวัณโรค ตามยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค ที่กำหนดเป้าหมายไว้ในปี พ.ศ. 2571 มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราอุบัติการณ์วัณโรคจาก 143 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2564 ให้เหลือ 89 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2570 เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็วซึ่งจะช่วยตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในครอบครัวและชุมชน¹ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสำคัญและเร่งด่วนค้นหาและรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยกำหนดเป้าหมายให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ทุก 6 เดือน อย่างต่อเนื่องจนครบ 2 ปี ให้ครอบคลุมร้อยละ 100³

สถานการณ์การคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านระหว่างปีงบประมาณ 2564–2568 พบว่า ประเทศไทยมีความครอบคลุมการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ร้อยละ 88.92, 92.72, 91.79, 95.12 และ 95.71 ตามลำดับ ผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกผิดปกติ ร้อยละ 10.23, 8.70, 7.88, 8.06 และ 9.50 ของผู้ที่ได้รับการตรวจ และตรวจพบวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 1.58, 1.71, 1.79, 1.64 และ

1.97 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด เขตสุขภาพที่ 5 มีความครอบคลุมการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ร้อยละ 69.39, 87.60, 83.75, 92.70 และ 92.85 ตามลำดับ ผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกผิดปกติ ร้อยละ 8.57, 6.92, 8.08, 7.96 และ 5.61 ของผู้ที่ได้รับการตรวจ และตรวจพบวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 1.11, 1.55, 1.50, 1.62 และ 0.53 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด⁴

จังหวัดนครปฐม มีรายงานการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านระหว่างปีงบประมาณ 2564–2568 พบว่า ความครอบคลุมการคัดกรองด้วยการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ร้อยละ 30.48, 40.37, 34.55, 36.59 และ 45.31 ผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอกผิดปกติ ร้อยละ 13.54, 21.54, 45.39, 45.25 และ 38.24 ของผู้ที่ได้รับการตรวจ และตรวจพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 1.90, 1.24, 2.50, 2.32 และ 6.08 ของผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมดตามลำดับ⁴ จากสถานการณ์การคัดกรองวัณโรคในผู้สัมผัสร่วมบ้านดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าจังหวัดนครปฐมยังมีสัดส่วนการคัดกรองวัณโรคด้วยเอกซเรย์ทรวงอกต่ำกว่าภาพรวมในเขตสุขภาพที่ 5 และระดับประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในการเข้าถึงบริการส่งผลให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านบางส่วนยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการตรวจคัดกรองวัณโรค นอกจากนี้ยังพบสัดส่วนผลเอกซเรย์ทรวงอกผิดปกติและตรวจพบวัณโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนว่าผู้สัมผัสร่วมบ้านในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการป่วยเป็นวัณโรค อาจมีผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยอีกจำนวนหนึ่งในชุมชนซึ่งส่งผลกระทบต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในครอบครัวและชุมชน ทำให้เกิดการแพร่เชื้ออย่างต่อเนื่อง เพิ่มภาระด้านสาธารณสุข ทั้งด้านการรักษา การควบคุมโรค และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและประสิทธิภาพในการควบคุมวัณโรคของพื้นที่ในระยะยาว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน วิถีเดินทางไปรับบริการ และการตรวจคัดกรองเชิงรุกเป็นต้น⁵⁻⁸ และการสนับสนุนทางสังคมยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค สอดคล้องกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House⁹ ที่อธิบาย

ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ กำลังใจ และความช่วยเหลือจากบุคคลหรือเครือข่ายทางสังคม จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจและมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม¹⁰

รูปแบบการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในจังหวัดนครปฐมปัจจุบันเป็นบทบาทของหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลัก การประสานงานและการติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นการดำเนินงานภายในระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ไม่บรรลุเป้าหมาย นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายสามารถสนับสนุนด้านข้อมูล การติดตาม การอำนวยความสะดวกในการเดินทาง และการกระตุ้นให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเข้าถึงบริการคัดกรองได้ และเมื่อการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลให้ความครอบคลุมของการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านเพิ่มสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครปฐม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านและความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน การเร่งดำเนินการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่ได้อย่างรวดเร็ว ลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรคให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครปฐม

4. เพื่อขยายผลการใช้รูปแบบและประเมินผลความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดนครปฐม

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวทางการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรอง 47/2568 ลงวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2568 และใบรับรองมีอายุถึงวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2570

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน

วิจัยเชิงปริมาณ ประชากร คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีชื่อในทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม จำนวน 737 คน¹¹ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 260 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel¹² สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยวัณโรคก่อนหรือระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีปัญหาด้านการรับรู้ และการสื่อสารจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ ไม่สามารถติดต่อได้หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตาม

ระยะเวลาที่กำหนด ย้ายออกจากพื้นที่ศึกษา หรือขอถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ 2) แบบสอบถามความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค จำนวน 15 ข้อ 3) แบบสอบถามการสนับสนุนจากชุมชนในการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค จำนวน 15 ข้อ และ 4) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค จำนวน 15 ข้อ โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2-4 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือน้อยที่สุด 1 คะแนน น้อย 2 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน มาก 4 คะแนน และมากที่สุด 5 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์ของ Best¹³ โดยใช้คะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุดหารจำนวนระดับที่ต้องการแปลผล คือ ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 และระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถาม โดยหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สัมผัสร่วมบ้านในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค เท่ากับ 0.90 แบบสอบถามการสนับสนุนจากชุมชน เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค เท่ากับ 0.86 และแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.93

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

วิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรเป้าหมายที่ศึกษา คือ ผู้เกี่ยวข้องกับการควบคุมวัณโรค บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งหมด 71 คน¹¹ ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้เกี่ยวข้องกับการควบคุมวัณโรค บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และตัวแทนผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 41 คน ใช้วิธีการกำหนดสัดส่วนตามกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการสนทนากลุ่มเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านวัณโรค สามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่มตามวันและเวลาที่กำหนดได้ ย้ายตำแหน่ง ลาออก หรือพ้นจากบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านวัณโรค ก่อนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือขอถอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวทางการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคและข้อเสนอแนะต่อการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า คือ ด้านข้อมูล ด้านผู้ศึกษา และด้านวิธีการ

วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มมาถอดเสียงเป็นข้อความ อ่านทบทวน ทำความเข้าใจ ตีความสรุปสาระสำคัญ และจัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่ศึกษา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการโดย 1) นำข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ร่วมกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดเป็นกรอบในการพัฒนารูปแบบ 2) สร้างและพัฒนารูปแบบโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้เกี่ยวข้อง

กับงานควบคุมโรค บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนภาคประชาสังคมและผู้แทนผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 7 คน กำหนดขนาดโดยใช้การคัดเลือกแบบโควตาสำหรับผู้แทนกลุ่มละ 1 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ เกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้มิพบทาบเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านโรค สามารถให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่มตามวันและเวลาที่กำหนดได้ ย้ายตำแหน่ง ลาออก หรือพ้นจากบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านโรคก่อนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือขอลอนตัวจากการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการประชุมเชิงปฏิบัติและการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกการประชุม การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า คือ ด้านข้อมูล ด้านผู้ศึกษา และด้านวิธีการ

วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่มมาถอดเสียงเป็นข้อความ อ่านทบทวน ทำความเข้าใจ ตีความ สรุปสาระสำคัญ และใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า คือ ด้านข้อมูล ด้านผู้ศึกษา และด้านวิธีการ แล้วจัดทำร่างรูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ปรับปรุงรูปแบบตามคำแนะนำ และสรุปรูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 80 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มควบคุม 40 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power และเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้สัมผัสร่วมบ้านที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้สัมผัสร่วม

บ้าน มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคก่อนการเก็บข้อมูล มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีปัญหาด้านการสื่อสาร ไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล หรือขอลอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ แบบสอบถามชุดเดียวกับระยะที่ 1

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองรูปแบบภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองรูปแบบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ระยะที่ 4 ขยายผลรูปแบบและประเมินผลความครอบคลุมการคัดกรองโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรค ดำเนินการโดย นำรูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นและทดลองใช้แล้วไปขยายผลการใช้รูปแบบดังกล่าวในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย จำนวนผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด จำนวนผู้ได้รับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก จำนวนผู้ที่มีผลเอกซเรย์ทรวงอกผิดปกติ จำนวนผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ

ผลการศึกษา

นำเสนอผลการวิจัยตามระยะการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคัดกรองโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.15 อายุเฉลี่ย 53.28 ปี (SD =

12.56) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50–59 ปี ร้อยละ 34.62 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 51.15 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 29.23 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 51.92 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท ร้อยละ 33.46 (SD = 14,809.95) รายได้ต่ำสุด 600 บาท และสูงสุด 110,000 บาท ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค 11–20 ปี ร้อยละ 27.69 โดยมีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ร่วมกับบ้านเฉลี่ย 22.17 ปี (SD = 11.88)

สถานการณ์และสภาพปัญหาการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีปัญหาด้านความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น “บางคนไม่รู้ว่าคุณที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยต้องไปเอกซเรย์ปอด คิดว่าถ้าไม่มีอาการก็ไม่ต้องตรวจ” หรือ “บางรายต้องมีผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ช่วย ประสานถึงจะยอมเข้ารับการตรวจ” หรือ “บางคนอยากตรวจ แต่ติดเรื่องเวลาทำงาน ไม่มีคนพาไป หรือไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง” เป็นต้น และจากการสำรวจด้วยแบบสอบถาม พบว่า ความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรคอยู่ในส่วนใหญ่อยู่นี้นระดับปานกลาง ร้อยละ 73.85 การสนับสนุนจากชุมชนในการเข้าถึงบริการส่วนมากอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 44.62 การเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.54 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ เพศ และอาชีพ ($p < 0.05$) ระยะเวลาที่

อาศัยอยู่ร่วมกัน ความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค และการสนับสนุนจากชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค ($r = 0.136, 0.250$ และ $0.514, p < 0.05$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1–3

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.85 รองลงมาคือระดับน้อย ร้อยละ 19.23 และระดับมาก ร้อยละ 6.92 การสนับสนุนจากชุมชนในการเข้าถึงบริการ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 44.62 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 39.61 และระดับมาก ร้อยละ 15.77 การเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.54 รองลงมาคือระดับน้อย ร้อยละ 39.62 และระดับมาก ร้อยละ 3.85 ตามลำดับ

จากตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ และอาชีพ ($p < 0.05$) เพศชายส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.14 เพศหญิงมีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 49.42 กลุ่มที่ไม่ใช่อาชีพรับจ้างทั่วไปส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการระดับปานกลาง ร้อยละ 78.40 กลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไปไม่มีการเข้าถึงบริการระดับน้อย ร้อยละ 59.26 สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค ($p > 0.05$)

จากตารางที่ 3 พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค และการสนับสนุนจากชุมชนในการเข้าถึงบริการ

ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของระดับความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ($n = 260$)

ตัวแปร	ระดับ		
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
ความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค	18 (6.92)	192 (73.85)	50 (19.23)
การสนับสนุนจากชุมชน	41 (15.77)	103 (39.61)	116 (44.62)
การเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค	10 (3.85)	147 (56.54)	103 (39.61)

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างกับระดับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (n = 260)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการเข้าถึงบริการ			P-value
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ				0.001*
ชาย	3 (3.41)	67 (76.14)	18 (20.45)	
หญิง	7 (4.07)	80 (46.51)	85 (49.42)	
สถานภาพสมรส				0.299
โสด	2 (1.88)	64 (60.38)	40 (37.74)	
สมรส/หม้าย/หย่า/แยก	8 (5.19)	83 (53.90)	63 (40.91)	
ระดับการศึกษา				0.187
มัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่า	3 (2.07)	86 (59.72)	55 (38.19)	
มัธยมศึกษาตอนปลายและสูงกว่า	7 (6.03)	61 (52.59)	48 (41.38)	
อาชีพ				0.001*
ไม่ใช่อาชีพรับจ้างทั่วไป	4 (3.20)	98 (78.40)	23 (18.40)	
รับจ้างทั่วไป	6 (4.44)	49 (36.30)	80 (59.26)	

*p < 0.05

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยวัณโรคปอด ความตระหนักรู้ต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชนในการเข้าถึงบริการ โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n = 260)

ตัวแปร	การเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
อายุ	0.043	0.492
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-0.011	0.860
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยวัณโรคปอด	0.136	0.028*
ความตระหนักรู้ต่อการคัดกรองวัณโรค	0.250	0.001*
การสนับสนุนจากชุมชนในการเข้าถึงบริการ	0.514	0.001*

*p < 0.05

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.136, 0.250 และ 0.514 ตามลำดับ; p < 0.05)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า รูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรอง

วัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครปฐม ที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ คือ “PATHOM Model” ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Participation: P) หมายถึง การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ได้แก่ รพ.สต. โรงพยาบาลในพื้นที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชน ค้นหา ติดตาม และสนับสนุนให้ผู้สัมผัส

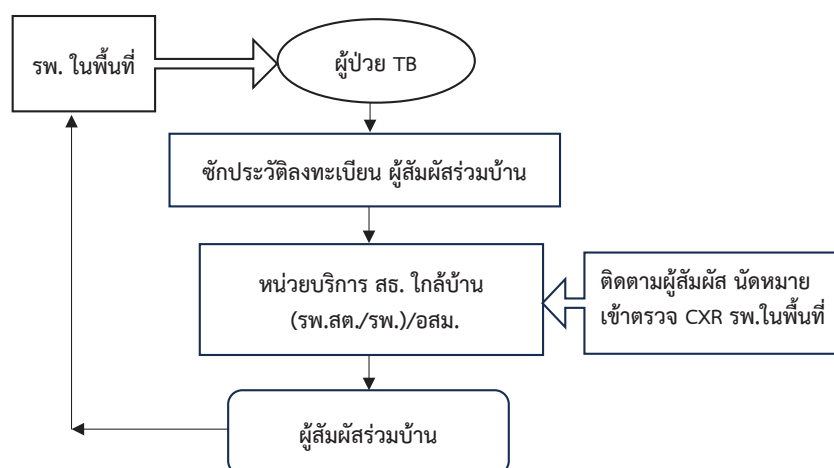
ร่วมบ้านเข้ารับการตรวจคัดกรองวัณโรค การสร้างความตระหนัก (Awareness: A) หมายถึง การสร้างความตระหนักเกี่ยวกับวัณโรคและความสำคัญของการคัดกรองในผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อลดความกลัว ความเข้าใจผิด และการตีตราทางสังคม โดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่เข้าใจง่าย เช่น อินโฟกราฟิก คลิปวิดีโอสั้น การสื่อสารผ่านกลุ่ม Line ชุมชน รวมทั้งการให้คำปรึกษาโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Tracking: T) หมายถึง การติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างเป็นระบบตั้งแต่การขึ้นทะเบียน การนัดหมาย การติดตามผลการตรวจ และการเฝ้าระวังผู้ที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง โดยใช้ทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้านแบบทันสถานการณ์และการประสานข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่ายในชุมชน พร้อมมีระบบแจ้งเตือนและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มการเข้าถึงบริการ (Health service access: H) หมายถึง การเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค โดยจัดบริการให้สอดคล้องกับบริบทและข้อจำกัดของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ได้แก่ การกำหนดวันคัดกรองวัณโรคประจำสัปดาห์ การจัดช่องทางบริการพิเศษ การลดขั้นตอนการรับบริการ การแจ้งเตือนนัดหมายผ่านระบบสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ และการสนับสนุนการเดินทางสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เครือข่ายเชิงรุก (Outreach network: O) หมายถึง การดำเนินงานเชิงรุกโดยเครือข่ายในชุมชน เพื่อค้นหาและนำผู้สัมผัสร่วมบ้านเข้าสู่ระบบการคัดกรองวัณโรค โดยการเยี่ยมบ้าน การนัด

หมายเชิงรุก การรับรองและเชิญชวนโดยผู้นำชุมชน รวมถึงการประสานความร่วมมือกับองค์กรภาคี เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมูลนิธิริรักษ์ไทย (NGO) ในการจัดบริการเอกซเรย์ทรวงอกเคลื่อนที่สำหรับกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้ยาก การติดตามและประเมินผล (Monitoring: M) หมายถึง การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ ได้แก่ ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคภายในระยะเวลาที่กำหนด และอัตราการขาดการติดตาม พร้อมทั้งมีการประชุมติดตามผล ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างยั่งยืน การเปรียบเทียบรูปแบบการบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านแบบเดิมกับ “PATHOM Model” ดังแสดงรูปที่ 1 และ 2

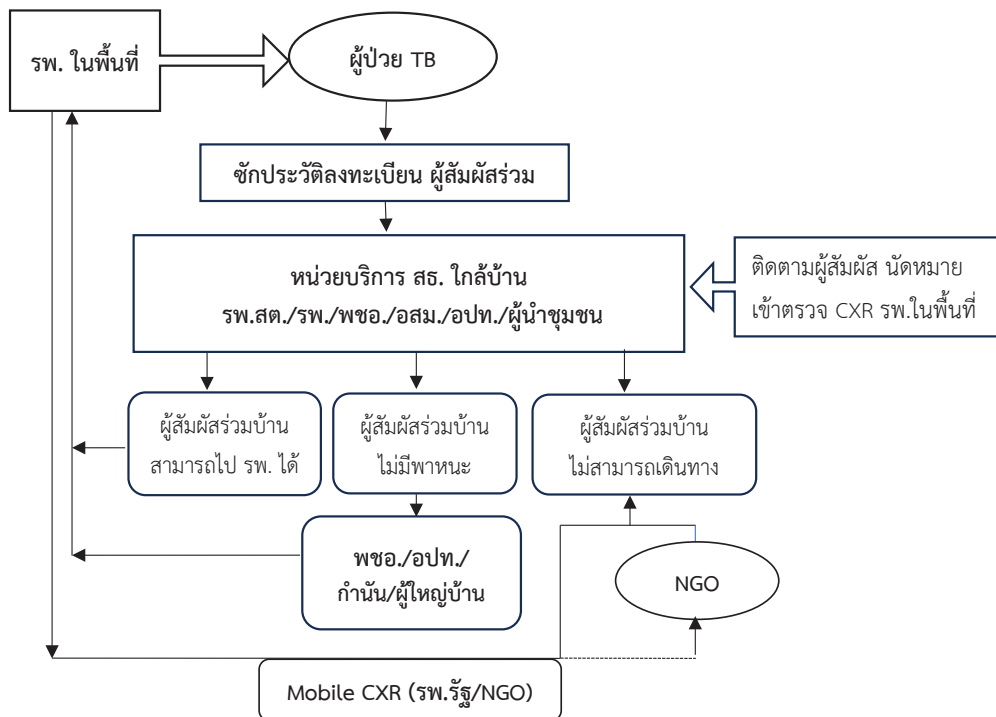
ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครปฐม ด้านความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชน การเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค และความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ดังแสดงในตารางที่ 4-5

จากตารางที่ 4 พบว่า ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบ “PATHOM Model” กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชน



รูปที่ 1. รูปแบบการบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน (เดิม)



รูปที่ 2. รูปแบบการบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่พัฒนาขึ้น “PATHOM Model”

ตารางที่ 4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ “PATHOM Model” ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่ม	ก่อนทดลอง Mean (SD)	หลังทดลอง Mean (SD)	t	P-value
ความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค	ทดลอง	1.38 (0.49)	2.85 (0.36)	12.428	0.001*
	ควบคุม	1.28 (0.45)	1.30 (0.46)	0.572	0.570
การสนับสนุนจากชุมชน	ทดลอง	2.05 (0.22)	3.30 (0.79)	9.777	0.001*
	ควบคุม	2.02 (0.24)	2.09 (0.35)	1.778	0.083
การเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค	ทดลอง	1.18 (0.38)	2.98 (0.16)	24.530	0.001*
	ควบคุม	1.13 (0.33)	1.15 (0.36)	0.572	0.570

* p < 0.05

และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 1.38$, SD = 0.49 เป็น $\bar{x} = 2.85$, SD = 0.36; $\bar{x} = 2.05$, SD = 0.22 เป็น $\bar{x} = 3.30$, SD = 0.79; และ $\bar{x} = 1.18$, SD = 0.38 เป็น $\bar{x} = 2.98$, SD = 0.16 ตามลำดับ; t = 12.428, 9.777 และ 24.530; p < 0.05) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านก่อนและหลังดำเนินการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05)

จากตารางที่ 5 พบว่า ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบ “PATHOM Model” กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความ

ตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{x} = 2.85$, SD = 0.36 เทียบกับ $\bar{x} = 1.30$, SD = 0.46; $\bar{x} = 3.30$, SD = 0.79 เทียบกับ $\bar{x} = 2.09$, SD = 0.35; และ $\bar{x} = 2.98$, SD = 0.16 เทียบกับ $\bar{x} = 1.15$, SD = 0.36 ตามลำดับ; t = 16.662, 8.816 และ 29.245; p < 0.05) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ “PATHOM Model” ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความตระหนัก การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ตารางที่ 5. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองใช้รูปแบบ “PATHOM Model” (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	t	P-value
ความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค	2.85 (0.36)	1.30 (0.46)	16.662	0.001*
การสนับสนุนจากชุมชน	3.30 (0.79)	2.09 (0.35)	8.816	0.001*
การเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค	2.98 (0.16)	1.15 (0.36)	29.245	0.001*

*p < 0.05

ตารางที่ 6. การเปรียบเทียบผลการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน จังหวัดนครปฐม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ “PATHOM Model”

ตัวชี้วัด	ก่อนใช้รูปแบบ (ต.ค. 2567 - ก.ย. 2568)	หลังใช้รูปแบบ (ต.ค. 2568 - พ.ค. 2569)
ผู้สัมผัสร่วมบ้านทั้งหมด (ราย)	799	737
ผู้ได้รับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (ราย)	362	525
ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรค (ร้อยละ)	45.31	71.23
ผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค (ราย)	22	17
ผู้ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค (ร้อยละ)	6.08	3.24

ระยะที่ 4 ขยายผลรูปแบบและประเมินผลความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค

การขยายผลการใช้รูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน “PATHOM Model” ไปยังพื้นที่จังหวัดนครปฐม และประเมินผลความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ดังแสดงในตารางที่ 6

จากตารางที่ 6 พบว่า ภายหลังจากการใช้รูปแบบ “PATHOM Model” ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.31 เป็นร้อยละ 71.23 โดยตรวจพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.24 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก

วิจารณ์

ผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามระยะการดำเนินการวิจัย ทั้ง 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีปัญหาด้านความตระหนัก การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค โดยปัจจัยด้านเพศ อาชีพ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ความตระหนัก และการสนับสนุนจากชุมชน มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค อภิปรายได้ว่า ความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชน และปัจจัยส่วนบุคคล มีส่วนสำคัญต่อการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน โดยการได้รับข้อมูลและการสนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้ารับการคัดกรองวัณโรคมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฏฐธิดา พิมพ์กมลวัดและคณะ⁷ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและการมาตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ พิชิต แสนเสนา และสมลักษณ์ หนูจันทร์¹⁴ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถทำให้ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการคัดกรองทุกราย

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า ได้รูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครปฐม คือ “PATHOM Model” ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Participation: P) การสร้างความตระหนัก (Awareness: A) การติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้าน (Tracking: T) การเพิ่มการเข้าถึงบริการ (Health service access: H) เครือข่ายเชิงรุก (Outreach network: O) และการติดตามและประเมินผล (Monitoring: M) โดยรูปแบบดังกล่าวได้รับการพัฒนาจากการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในพื้นที่ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านสามารถเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับรูปแบบของพิชิต แสนเสนา และสมลักษณ์ หนูจันทร์¹⁴ แนวคิดของ BUDDY Model ประกอบด้วย Ban (ชุมชน/หมู่บ้าน) Unity (ความเป็นหนึ่งเดียวและการทำงานเป็นทีม) Design (การออกแบบระบบบริการ) Do (การดำเนินงานเชิงรุก) และ Yardstick (การติดตามและประเมินผล) ที่เน้นความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในชุมชน การติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้าน และการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค ส่งผลให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้นและสามารถค้นพบผู้ป่วยวัณโรคได้มากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ PATHOM Model ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคสูงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ PATHOM Model สามารถเพิ่มความตระหนัก การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ หนูจันทร์¹⁵ ที่พัฒนา ZOOM TB Model ซึ่งประกอบด้วย Zero (การตั้งเป้าหมายให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการคัดกรองทุกราย) Organizing (การบูรณาการเครือข่ายชุมชน) Open (การเปิดช่องทางบริการที่สะดวก) และ Man (การสร้างบุคคลต้นแบบในการชักชวน) ส่งผลให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านได้รับการตรวจคัดกรองครบถ้วน

ระยะที่ 4 ขยายผลรูปแบบและประเมินความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านที่ได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการขยายผลการใช้รูปแบบ PATHOM Model ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.31 เป็นร้อยละ 71.23 และตรวจพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จากการคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้านจำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.24 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถขยายผลการดำเนินงานในระดับจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สัมผัสร่วมบ้านเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้น และสนับสนุนการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มต้น ทั้งนี้ ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือของภาคีเครือข่าย การติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านอย่างเป็นระบบ การเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ

และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ PATHOM Model ที่ช่วยให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม

สรุป

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ PATHOM Model ซึ่งรูปแบบดังกล่าวสามารถเพิ่มความตระหนักต่อการคัดกรองวัณโรค การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.31 เป็นร้อยละ 71.23 นอกจากนี้ ยังสามารถค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ร้อยละ 3.24 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก ซึ่งได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการวินิจฉัยและรักษาตามมาตรฐานอย่างทันที่ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการดำเนินงานตาม PATHOM Model เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรค การค้นพบผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น และสนับสนุนการป้องกันและควบคุมวัณโรคในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรนำรูปแบบ PATHOM Model ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มความตระหนัก การสนับสนุนจากชุมชน การเข้าถึงบริการ และความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรค

2. หน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายควรดำเนินงานตาม PATHOM Model อย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นพบผู้ป่วยวัณโรคได้เร็ว นำเข้าสู่การรักษาทันเวลา ช่วยตัดวงจรการแพร่เชื้อ ลดความรุนแรงของโรค และลดภาระค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะการป้องกันไม่ให้เป็นวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงและใช้เวลารักษานาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความยั่งยืนของรูปแบบ PATHOM Model และติดตามผลการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านในระยะยาว
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ PATHOM Model ในพื้นที่หรือกลุ่มประชากรอื่น เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และขยายผลการนำรูปแบบไปใช้ในวงกว้าง

Highlights

1. รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ PATHOM Model ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การสร้างความตระหนัก การติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้าน การเพิ่มการเข้าถึงบริการ เครือข่ายเชิงรุก และการติดตามประเมินผล
2. ภายหลังใช้รูปแบบผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความตระหนัก การสนับสนุนจากชุมชน และการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคสูงขึ้น
3. ภายหลังใช้รูปแบบความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 45.31 เป็นร้อยละ 71.23
4. รูปแบบการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2025. Geneva: World Health Organization; 2025.
3. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานค้นหาและรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
4. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. ฐานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program: NTIP). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
5. ณัฐสิมา ปาทาน, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองในผู้สัมผัสร่วมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;13:94-105.

6. สมลักษณ์ หนูจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31:665-72.
7. ณัฐธิดา พิมพ์กุลวัฒน์, วิรุฐ ทนชัยบุตร, จันทรา สุวรรณธาร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันและการมาตรวจคัดกรองวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้าน. ชัยภูมิเวชสาร. 2568;45(2):e17199.
8. กัญรีสมิ์ ทิพย์กระโทก. การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกด้วยเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่แบบดิจิทัลในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอนองเรือ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2568;10:756-61.
9. House JS. Work stress and social support. Reading (MA): Addison-Wesley; 1981.
10. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2561.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. รายงานผลการดำเนินงานวัณโรค จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ 2568. นครปฐม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม; 2568.
12. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
13. Best JW. Research in education. 4th ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1981.
14. พิชาติ แสนเสนา, สมลักษณ์ หนูจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565;4:291-304.
15. สมลักษณ์ หนูจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31:665-72.

ORIGINAL ARTICLE

Factors Related to Access to Health Services for the Elderly in Kabang Subdistrict, Kabang District, Yala Province

Faveena yanghad, M.P.H. (Public Health Administration), Natha Methabutsayathon, Ph.D. (Public Health)

Graduate School, Western University, Pathum Thani Province, Thailand

Corresponding author :

Faveena yanghad, M.P.H.,
Graduate School, Western
University, 4 Moo 11, Hathai
Rat Road, Lat Sawai, Lam
Luk Ka District, Pathum Thani
12150, Thailand
Email: nkl-23@hotmail.com

Received: January 25, 2026;

Revised: February 16, 2026;

Accepted: March 20, 2026

ABSTRACT

Background: This research is a descriptive cross-sectional study aiming to investigate factors related to access to healthcare services for the elderly.

Methods: The sample consisted of 226 individuals from eight villages, selected using simple random sampling and purposive sampling, with sample proportions determined by the rule of three. Data were collected using a questionnaire with validated reliability (IOC= 0.66-1.00, α = 0.896). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, with Pearson correlation coefficient and chi-square test. All statistical tests were conducted at a significance level of 0.05.

Results: The study found that the level of access to healthcare services for the elderly was high at 67.70%, followed by a moderate level at 30.53%, and a low level at 1.77%. Income had a low negative correlation with access to healthcare services for the elderly ($r = -0.242$, $p < 0.05$). Chronic diseases correlated with access to healthcare services for the elderly ($p < 0.05$). Perceived benefits and social support had a moderate positive correlation with access to healthcare services for the elderly in the Kabang Subdistrict, Kabang District, Yala Province ($r = 0.517$ and $r = 0.416$, $p < 0.05$, respectively).

Conclusion: It is recommended to promote income generation for the elderly and increase their awareness of healthcare benefits and access to healthcare services, as well as increase social support to further enhance their access to healthcare services.

Keywords: access to healthcare services, perceived benefits, social support, elderly

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

ฟาวิณา ยางหาด, ส.ม., (การบริหารงานสาธารณสุข), ณฐา เมธาบุษยาธร, พร.ด.(สาธารณสุขศาสตร์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น จังหวัดปทุมธานี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ฟาวิณา ยางหาด, ส.ม.,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เวสเทิร์น 4 หมู่ 11 ถ.พหลโยธิน
ราษฎร์ ต.ลาดสวาย อ.ลำลูกกา
จังหวัดปทุมธานี 12150,
ประเทศไทย
Email: nkl-23@hotmail.com

Received: January 25, 2026;

Revised: February 16, 2026;

Accepted: March 20, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วัตถุประสงค์และวิธีการ: กลุ่มตัวอย่าง 226 คน จาก 8 หมู่บ้าน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จัดสรรสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีประมาณค่าสัดส่วนของประชากรโดยการเทียบบัญญัติไตรยางศ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น (IOC = 0.66-1.00, α = 0.896) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการทดสอบทางสถิติทั้งหมดจะพิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา: การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.70 รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 30.53 และระดับน้อย ร้อยละ 1.77 รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = -0.242$, $p < 0.05$) โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ($p < 0.05$) การรับรู้สิทธิประโยชน์และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ($r = 0.517$ และ $r = 0.416$, $p < 0.05$ ตามลำดับ)

สรุป: ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้และการรับรู้เรื่องสิทธิประโยชน์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับรู้สิทธิประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุ

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10.00 เป็นสังคมผู้สูงอายุ (aging society) สัดส่วนร้อยละ 20.00 เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete-aging society) และสัดส่วนร้อยละ 28 เป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aging society) สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2567 มีประชากรผู้สูงอายุสูงร้อยละ 20.00 ของจำนวนประชากรไทยทั่วประเทศ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55¹ ผลที่ตามมาคือประเทศไทยมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพ เพราะผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 72-80 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อาการสับสนและสูญเสียความทรงจำภาวะสมองเสื่อม อาการนอนไม่หลับ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการกลืนการขับถ่ายไม่อยู่ และปัญหาการได้ยิน เป็นต้น ซึ่งเกิดจากการถดถอยของสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพซึ่งต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคม นอกจากนี้ยังพบปัญหาสุขภาพจิตซึ่งที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุคือภาวะที่อยู่ว่างไร้บทบาท ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกเหงาและว้าเหว่ ความกังวลในเรื่องของการขาดคนดูแลในยามเจ็บป่วย^{2,3} ดังนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับ โดยการมาใช้บริการสุขภาพ และการกระทำเพื่อการได้รับการดูแลสุขภาพ หรือการได้มาใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความพอเพียงของบริการ 2) ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ 3) ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ 4) ด้านความ

สะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ และ 5) ด้านการยอมรับคุณภาพการบริการ โดยการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมของผู้สูงอายุถือเป็นเรื่องสำคัญ ถือว่าเป็นประเด็นที่ท้าทายในด้านสังคมและเศรษฐกิจที่ประเทศจะต้องมีแผนรองรับตามปกติ ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมจะต้องใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ การให้บริการสุขภาพยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนการเจ็บป่วยสูงกว่าในวัยอื่น ๆ และยังต้องเป็นกลุ่มที่พึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน คนที่ไม่ได้รับการรักษานั้น มีสาเหตุมาจากความจำเป็นในเรื่องของทรัพย์สิน มีเงินไม่เพียงพอทำให้ขาดโอกาสในการเข้ารับการรักษาระกัณสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ประชาชนคำนึงถึงเป็นอย่างแรกก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล⁴

จากข้อมูลผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2567 พบว่าจังหวัดยะลา มีผู้สูงอายุจำนวน 73,644 คิดเป็นร้อยละ 13.43 ของประชากรทั้งหมด ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา เป็นหนึ่งในตำบลที่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงถึง 1,106 คน คิดเป็นร้อยละ 6.91 จากจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 8 แห่ง ได้แก่ บ้านนังตามา นิบง ภู๊ะปันยัง ยี่อนัง ลาแล แอละกาบัง และบาซาตาแป โดยตำบลกาบังเป็นพื้นที่หนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความไม่สงบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น ความสะดวกในการมารับบริการ และการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ รวมถึงหน่วยบริการด้านสุขภาพ จึงส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ⁵

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายจังหวัด แต่ยังขาดการศึกษาเชิงพื้นที่ชายแดนใต้ซึ่งมีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และความมั่นคงที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น และขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อใช้กำหนดนโยบายระดับท้องถิ่น โดยศึกษาจากผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของ

ผู้สูงอายุในพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา และพื้นที่ใกล้เคียงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะทาง รายได้ โรคประจำตัว และสิทธิในการรักษาพยาบาล กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิทธิประโยชน์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2568 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 2568-0119 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2568-0119

1. ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงวิธีการและตอบข้อข้องใจต่าง ๆ รวมถึงประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการวิจัย
2. การเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้ยินยอมตนจะเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและต้องได้รับความยินยอมตนทุกราย โดยลงนามในเอกสารยินยอมตนเป็นลายลักษณ์อักษร
3. ผู้ยินยอมตนสามารถบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล มีสิทธิปฏิเสธหรือเลือกที่จะไม่ตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ข้อใดข้อหนึ่งก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ยินยอมตนทั้งสิ้น

4. การรักษาความลับของข้อมูลโครงการวิจัยนี้ เป็นการให้ผู้ยินยอมตนตอบแบบสอบถามจะไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ยินยอมตน โดยหลังจากที่ผู้ยินยอมตนลงนามในใบยินยอมตนแล้วผู้วิจัยจะแยก ใบยินยอมตนออกจากแบบสอบถามไว้คนละส่วนกัน เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงกันของแบบสอบถาม กับใบยินยอมตนให้ทำการวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะภาพรวมโดยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้นและ ไม่นำข้อมูลหรือความลับของกลุ่มตัวอย่างมาเปิดเผยหรือนำเสนอผลการวิจัยเป็นรายบุคคล ส่วนข้อมูลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะไม่มีการเปิดเผยทั้งสิ้น มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึง ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้

5. ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อในทะเบียนราษฎรตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ซึ่งมีทั้งหมด 1,106 คน⁵

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อในทะเบียนราษฎรและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในกรณีทราบจำนวนประชากรแน่นอนตามสูตรของ Daniel⁶ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 และกำหนดค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.82 อ้างอิงจากผลการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอยะรัง จังหวัดเชียงใหม่ ของสมชาย นันทวัฒนากรณ⁷ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมในระดับมาก ร้อยละ 82.60 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 188.35 คน และปัดเป็น 189 คน จากนั้นเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลประมาณร้อยละ 20 จำนวน 37 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 226 คน สุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุใช้วิธีเทียบบัญญัติไตรยางค์ จากนั้นจับสลากรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ครอบคลุมเพศ อายุ ระยะทาง รายได้ โรคประจำตัว และสิทธิในการรักษาพยาบาล มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุมด้านสวัสดิการและเบี้ยยังชีพ ด้านสุขภาพ ด้านการคมนาคมและสาธารณูปโภค ด้านความคุ้มครองและความปลอดภัย และด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสิทธิทางสังคม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก และการยอมรับคุณภาพบริการ แบบสอบถามส่วนที่ 2-4 ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom⁸ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79.99 และระดับน้อย ต่ำกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยศึกษาจากเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม แล้วนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามแนวทางของ Rovinelli and Hambleton⁹ กำหนดเกณฑ์ยอมรับข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผล

การตรวจสอบพบว่าข้อคำถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับไม่น้อยกว่า 0.70 ผลการตรวจสอบพบว่า แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.896 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้สิทธิประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.840, 0.752 และ 0.844 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเสนอต่อองค์การบริหารส่วนตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้หลังจากนั้นแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายถึงวิธีการตอบคำถามและเปิดโอกาสให้ซักถามหลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที ผู้วิจัยและผู้ช่วยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ นำข้อมูลที่ได้อาคิดคะแนนและวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนาใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ รายได้ โรคประจำตัว และสิทธิในการรักษาพยาบาล โดยวัดความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด รวมทั้งวิเคราะห์ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์

การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้วยความถี่และร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมานใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ของเพียร์สัน (Pearson's Chi-squared Test) สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ โดยแปลระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ 0.00-0.19 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับน้อยมาก 0.20-0.39 หมายถึง ระดับน้อย 0.40-0.59 หมายถึง ระดับปานกลาง 0.60-0.79 หมายถึง ระดับสูง และ 0.80-1.00 หมายถึง ระดับสูงมาก ทั้งนี้ พิจารณานัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 51.77 มากกว่าเพศชายร้อยละ 48.23 ปีมีอายุเฉลี่ย 68.92 ปี (SD = 6.5) กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไปมีมากที่สุด ร้อยละ 39.38 รองลงมาคืออายุ 65-69 ปี ร้อยละ 32.74 อายุ 60-64 ปี ร้อยละ 27.88 ตามลำดับโดยมีอายุน้อยสุด 60 ปี และอายุมากที่สุด 94 ปี ในส่วนของระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-2 กิโลเมตร ร้อยละ 37.61 รองลงมาช่วง น้อยกว่า 1 กิโลเมตรร้อยละ 35.84 ระยะทางช่วง 3 กิโลเมตรขึ้นไปร้อยละ 19.91 ตามลำดับ โดยมีระยะทางเฉลี่ย 2.3 กม. (SD = 3.4) ระยะทางที่ไกลที่สุดคือ 0.1 กม. ไกลที่สุดคือ 20 กม. มีรายได้ส่วนใหญ่ 4,001 บาทขึ้นไปร้อยละ 31.42 รองลงมารายได้ช่วง 600-2,000 ร้อยละ 30.09 รายได้ช่วง 2,001-3,000 ร้อยละ 19.91 รายได้ช่วง 3,001-4,000 ร้อยละ 18.58 ตามลำดับ โดยมีรายได้เฉลี่ย 3,650 บาทต่อเดือน (SD = 2574.82) โดยกลุ่มรายได้มากที่สุดคือ 20,000 บาท และมีรายได้น้อยสุด 600 บาทต่อเดือน ด้านโรคประจำตัวพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 49.56 รองลงมาคือเบาหวานร้อยละ 40.71 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 8.85 โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 0.44 โรคเมเร็งร้อยละ 0.44 ตามลำดับ สิทธิการ

รักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทองร้อยละ 94.25 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการร้อยละ 5.31 และสิทธิประกันสังคมร้อยละ 0.44 ตามลำดับ

การรับรู้สิทธิประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อยู่ในระดับมากร้อยละ 53.98 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 42.92 และรับรู้ร้อยละ 3.10 ตามลำดับ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลาในระดับมากร้อยละ 53.54 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 40.71 และระดับการสนับสนุนทางสังคมน้อยร้อยละ 5.75 ตามลำดับ การเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มากที่สุดร้อยละ 67.70 รองลงมาคือการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.53 และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 1.77 ตามลำดับ

ตารางที่ 1. ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา (n = 226)

ด้าน	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์	
น้อย	7 (3.10)
ปานกลาง	97 (42.92)
มาก	122 (53.98)
รวม	226 (100.00)
การสนับสนุนทางสังคม	
น้อย	13 (5.75)
ปานกลาง	92 (40.71)
มาก	121 (53.54)
รวม	226 (100.00)
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	
น้อย	4 (1.77)
ปานกลาง	69 (30.53)
มาก	153 (67.70)
รวม	226 (100.00)

ตารางที่ 2. ระดับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา จำแนกเป็นรายด้าน (n = 226)

ด้านการเข้าถึงบริการ	ระดับการเข้าถึงบริการ		
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	น้อย จำนวน(ร้อยละ)
ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ	181 (80.09)	36 (15.93)	9 (3.98)
ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	179 (79.20)	40 (17.70)	7 (3.10)
ด้านความพอเพียงของบริการ	162 (71.68)	48 (21.24)	16 (7.08)
ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	154 (68.14)	59 (26.11)	13 (5.75)
ด้านการยอมรับคุณภาพการบริการ	148 (65.49)	60 (26.55)	18 (7.96)

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว สิทธิในการรักษา กับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา วิเคราะห์โดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (n=226)

ด้านการเข้าถึงบริการ	ระดับการเข้าถึงบริการ		p-value
	มาก จำนวน (ร้อยละ)	น้อยถึงปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.530
ชาย	76 (69.72)	33 (30.28)	
หญิง	77 (65.81)	40 (34.19)	
โรคประจำตัว			0.006*
มีโรคประจำตัว	134 (65.05)	72 (34.95)	
ไม่มีโรคประจำตัว	19 (8.40)	1 (0.40)	
สิทธิการรักษา			0.359
บัตรทอง	67 (31.46)	146 (68.54)	
ข้าราชการหรือจ่ายเอง	6 (46.15)	7 (53.85)	

* p < 0.05

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อยู่ในระดับมาก คือ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการร้อยละ 80.09 รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการร้อยละ 79.20 ด้านความพอเพียงของบริการร้อยละ 71.68 ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการร้อยละ 68.14 และ ด้านความพอเพียงของบริการร้อยละ 65.49 ตามลำดับ.

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว สิทธิในการรักษา กับ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา โดยวิเคราะห์ด้วยไคสแควร์

จากตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ไคสแควร์ ปัจจัยบุคคล ได้แก่ เพศ โรคประจำตัว สิทธิในการรักษา กับ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา พบว่า โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ($p < 0.05$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 1 ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะทาง รายได้ และโรคประจำตัวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

จากตารางที่ 4 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อ 1 ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ และระยะทาง มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา และปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.242$, $p < 0.05$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 1 ระบุว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิทธิประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

จากตารางที่ 5 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าการรับรู้สิทธิประโยชน์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.517$, $p < 0.05$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 2 การรับรู้สิทธิประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา และการสนับสนุนทางสังคม กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

ตารางที่ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระยะทาง รายได้ กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา วิเคราะห์โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($n = 226$)

ตัวแปร	การเข้าถึงบริการ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	0.008	0.907
ระยะทาง	-0.076	0.254
รายได้	-0.242	0.001*

* $p < 0.05$

ตารางที่ 5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิทธิประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา วิเคราะห์โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ($n = 226$)

ตัวแปร	การเข้าถึงบริการ	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การรับรู้สิทธิประโยชน์	0.517	0.001*
การสนับสนุนทางสังคม	0.416	0.001*

* $p < 0.05$

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.416$, $p < 0.05$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา

วิจารณ์

จากผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา วิเคราะห์ ได้ดังนี้คือ

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อยู่ในระดับมากมากที่สุดร้อยละ 67.70 สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย นันทวัฒน์นารถ 7 ได้ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงแหง

จังหวัดเชียงใหม่ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ค่อนข้างดี เมื่อพิจารณารายด้านอภิปรายได้ดังนี้

ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ พบว่า ระบบบริการสุขภาพในพื้นที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ค่อนข้างดีด้านการเข้าถึงแหล่งบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด สะท้อนถึงครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพและการดำเนินงานเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะสอดคล้องกับกมลพร นิรารัตน์ และคณะ⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ พบว่า ผลจากการมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีบทบาทสำคัญในการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่เป็นอุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุในชนบทที่ส่วนใหญ่มีรายได้จำกัด ซึ่งสอดคล้องกับกมลพร นิรารัตน์ และคณะ⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ด้านความพอเพียงของบริการ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แสดงถึงความเพียงพอของทรัพยากรและบริการพื้นฐานในพื้นที่ แม้บริการสุขภาพจะมีเพียงพอในภาพรวม แต่ในบางช่วงเวลาหรือบางประเภทบริการอาจยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างเต็มที่ เช่น จำนวนบุคลากร ระยะเวลาารับบริการ หรือบริการเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับกมลพร นิรารัตน์ และคณะ⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ แม้ยังอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมของสถานบริการและการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการเฉพาะด้าน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุบางส่วนอาจยังประสบปัญหาเกี่ยวกับการเดินทาง ความไม่สะดวกด้านกายภาพ เช่น ทางลาด ห้องน้ำ หรือที่นั่งพักคอย ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้อง

กับกมลพร นิรารัตน์ และคณะ⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ แม้ยังอยู่ในระดับน้อย สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นและยอมรับในคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งในด้านความรู้ความสามารถของบุคลากร การให้ข้อมูล และการดูแลเอาใจใส่ อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่มีการยอมรับในระดับน้อย ซึ่งอาจเกิดจากประสบการณ์การรับบริการที่แตกต่างกัน หรือความคาดหวังต่อคุณภาพการบริการที่สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับกมลพร นิรารัตน์ และคณะ⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะทาง รายได้ โรคประจำตัว และสิทธิการในรักษาพยาบาล กับ การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

1. เพศ อายุ ระยะทาง สิทธิการในรักษาพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ผลการศึกษาพบว่ากมลพร นิรารัตน์ และอัครนันท์ คัดสม⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับน้อยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.242$, $p < 0.05$) เมื่อผู้สูงอายุมีรายได้เพิ่มขึ้น ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในทางกลับกัน ผู้ที่มีรายได้ได้น้อยกลับมีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าเล็กน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษากมลพร นิรารัตน์ และคณะ⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาพรนิตา ขจรดำรงเชิดกุล และคณะ¹⁰ ศึกษาวิจัยเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ผล

การศึกษาพบว่า รายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษากมลพร นิรารัตน์ และคณะ⁴ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และ อาจริย์ เชิดชู¹¹ ศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมินระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพตาม ชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับบุคคล ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยทางสังคมจิตวิทยากับการเข้าถึงบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุที่ติดสังคมและติดบ้าน ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สิทธิประโยชน์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลจากการศึกษาพบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.517$, $p < 0.050$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 2 การรับรู้สิทธิประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อภิชัย คุณิพงษ์¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ สามารถทำนายอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.010

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.416$, $p < 0.050$) ซึ่งยอมรับสมมติฐานข้อ 3 การ

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรัญญา นามวงศ์ กฤตพัทธ์ ผีกฝน เฉลิมพล กำใจ สุริย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล¹³ ได้ศึกษาการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ($r = 0.140$, $p < 0.010$; $r = 0.104$, $p < 0.050$; $r = 0.170$, $p < 0.010$) ตามลำดับ

สรุป

ระบบบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา มีศักยภาพในการรองรับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงแหล่งบริการและด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ซึ่งเป็นผลจากความครอบคลุมของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม บทสรุปยังชี้ให้เห็นถึงช่องว่างสำคัญในด้านความสะดวก สิ่งอำนวยความสะดวก และการยอมรับคุณภาพบริการ ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและการจัดบริการที่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ในด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ บทสรุปแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางประชากรบางประการ เช่น เพศ อายุ และระยะทาง ไม่ได้เป็นอุปสรรคหลักต่อการเข้าถึงบริการในบริบทพื้นที่ศึกษา ขณะที่ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และสังคม ได้แก่ รายได้ โรคประจำตัว การรับรู้สิทธิประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ของหลายปัจจัย มิได้ขึ้นอยู่กับระบบบริการเพียงอย่างเดียว

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้สิทธิประโยชน์

การจัดบริการเชิงรุก และการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของสถานบริการให้เหมาะสม เพื่อเพิ่มความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่าย ครอบครัว และชุมชน สามารถนำผลการวิจัยไปใช้วางแผนและพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมการรับรู้สิทธิประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดบริการเชิงรุก เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านและการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

2. ควรลดภาระค่าใช้จ่ายและอุปสรรคในการรับบริการ โดยเฉพาะค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายทางอ้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

3. ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชนควรร่วมกันพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกและระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปประยุกต์ใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อยและมีโรคประจำตัว เพื่อให้เข้าถึงบริการได้สะดวกและต่อเนื่อง

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และขั้นตอนการรับบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการสนับสนุนจากสังคม เช่น ครอบครัว อสม. และชุมชน เพื่อช่วยติดตามดูแล และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มเติม เช่น ภาวะพึ่งพิง

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาวะสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความพร้อมของผู้ดูแล เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน รวมทั้งใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสาน เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาและทำความเข้าใจประสบการณ์ ความต้องการ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเชิงลึก

3. ควรใช้สถิติขั้นสูง เช่น การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ หรือแบบจำลองสมการโครงสร้าง เพื่อระบุปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการกำหนดแนวทางเชิงนโยบายและการปฏิบัติงานในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น สำหรับคำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลกาบัง และบุคลากรทุกท่าน ตลอดจนผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกาบัง อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้อำนวยความสะดวกและสละเวลาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

Highlights

1. ระดับการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ
2. การรับรู้สิทธิประโยชน์ทางการรักษาและการสนับสนุนทางสังคม
3. ปัจจัยด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ของโรคประจำตัว

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
3. สุรัตน์สวัสดิ์ แซ่แต้, การิเมษฐ์ พรหมทอง, ณัฐภัทร พรหมทอง, จิตรวี เขยชม. การเข้าถึงบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุตำบลบาโลย อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. ใน: รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 8 ชีวิตวิถีใหม่ด้วยงานวิจัยทางสุขภาพและการบริการ; 27 มี.ค. 2564; นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา; 2564. หน้า 854-64.
4. กมลพร นิรารัตน์, อัครนันท์ คีตสม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 14: ตามรอยพระยุคลบาท เกษตรศาสตร์กำแพงแสน; 7-8 ธ.ค. 2560; นครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน สำนักงานวิทยาเขตกำแพงแสน กองบริหารวิชาการและนิสิต; 2560. หน้า 1939-49.
5. อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา. ข้อมูลทะเบียนผู้สูงอายุตำบลกาบัง พ.ศ. 2567 [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. ยะลา: อำเภอกาบัง; 2567.
6. Daniel WW. Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences. 9th ed. Hoboken (NJ): Wiley; 2010.
7. สมชาย นันทวัฒนากรณ์. การเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่ [รายงานการวิจัย]. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2566.
8. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
9. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijs-research. 1977;2:49-60.
10. พรนิดา ขจรดำรงเชิดกุล, ราเชนทร์ นพณัฐวงศกร. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสถาบันวิจัยพัฒนธรรม. 2566; 10:283-94.
11. อาจริย์ เชิดชู. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2562;12:1-13.
12. อภิชัย คุณิพงษ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. วารสารกรมการแพทย์. 2562;44:75-80.
13. อรัญญา นามวงศ์, กฤตพัทธ์ ฝักฝน, เฉลิมพล กำใจ, สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33:68-81.

ORIGINAL ARTICLE

Comparison of Accessibility to Health Services of the Elderly Between Primary Care Cluster and Previous Primary Care Unit, Phranakhon Si Ayutthaya District

Niti Aromchuen, M.D., MRCFPT

Phranakhon si Ayutthaya Hospital, Phranakhon si Ayutthaya, Thailand

Corresponding author :

Niti Aromchuen, M.D.,
Phranakhon si Ayutthaya
Hospital, 46/1 Moo 4, Uthong
Road, Pratu Chai Subdistrict,
Phra Nakhon Si Ayutthaya
District, Phra Nakhon Si
Ayutthaya Province, Thailand
Email: niti_ar@hotmail.com

Received: October 29, 2025;

Revised: December 12, 2025;

Accepted: February 12, 2026

ABSTRACT

Background: Access to health care services is a crucial determinant of quality of life among older adults. This study aimed to compare levels of access to health care services among older adults between family physician clinics and conventional primary care units, and to analyze factors associated with access to health care services.

Design: Cross-sectional Survey Research

Methods: A total of 320 older adults who received services at family physician clinics and conventional primary care units between January and May 2024 were enrolled. Data were collected using a questionnaire assessing access to health care services across five dimensions. Descriptive statistics and multiple logistic regression analysis were applied.

Results: The highest levels of satisfaction were observed in the dimensions of availability/accessibility of health care resources and acceptability of services, while convenience in accessing services received the lowest scores. Older adults who utilized family physician clinics were significantly more likely to report a high level of satisfaction with access to health care services compared with those attending conventional primary care units (adjusted OR = 1.81, 95% CI: 1.05–3.12; p-value 0.030).

Conclusion: Family physician clinics enhance access to health care services among older adults, particularly in terms of service acceptability and continuity of care. However, improvements in convenience and service hours are still warranted.

Keywords: access to health care services, family physician clinic, older adults

นิพนธ์ต้นฉบับ

การเปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่าง
คลินิกหมอครอบครัวกับหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม
อำเภอพระนครศรีอยุธยา

นิตี อารมณชีน, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ผู้รับผิดชอบบทความ:

นิตี อารมณชีน, พ.บ.,

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา,

46/1 หมู่ 4 ถ.อุททอง ต.ประตู่ชัย

อ.พระนครศรีอยุธยา

จ.พระนครศรีอยุธยา 13000,

ประเทศไทย

Email: niti_ar@hotmail.com

Received: October 29, 2025;

Revised: December 12, 2025;

Accepted: February 12, 2026

บทคัดย่อ

ที่มา: การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างคลินิกหมอครอบครัวกับหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

แบบวิจัย: การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: ศึกษาผู้สูงอายุ 320 ราย ที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม ระหว่างเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ใช้แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยโลจิสติกส์แบบพหุคูณ

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงสุดด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการและการยอมรับในการใช้บริการ ขณะที่ด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการมีคะแนนต่ำที่สุด โดยผู้ใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวมีโอกาสมีความพึงพอใจในระดับสูงมากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR = 1.81, 95% CI: 1.05-3.12; p-value 0.030)

สรุป: คลินิกหมอครอบครัวช่วยเพิ่มระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านการยอมรับและความต่อเนื่องของบริการ อย่างไรก็ตาม ควรปรับปรุงด้านความสะดวกและเวลาการให้บริการ

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ คลินิกหมอครอบครัว ผู้สูงอายุ

บทนำ

ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และคาดว่าจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2567¹ ซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2² ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความต้องการบริการด้านสุขภาพสูงที่สุดเนื่องจากการเสื่อมสภาพตามวัย แต่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการเดินทาง การรอรับบริการนาน และการขาดความเชื่อถือในสถานบริการที่ใกล้บ้าน ทำให้การรักษาขาดความต่อเนื่อง³

การเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามแนวคิดของ Penchansky และ Thomas⁴ ประกอบด้วย 5 มิติ ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (availability) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (geographical accessibility) ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (accommodation/convenience) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (affordability) และการยอมรับในคุณภาพของบริการ (acceptability) แนวคิดนี้สอดคล้องกับกรอบการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Aday และ Andersen⁵

รัฐบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมและพัฒนาบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิภายใต้โครงการ “คลินิกหมอครอบครัว” (Family Medicine Clinic) ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพ เน้นการดูแลสุขภาพประชาชนตามจำนวนที่รับผิดชอบ คลินิกหมอครอบครัวคือการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม ให้มีทีมสหวิชาชีพและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเฉพาะทางมาดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่องทั้งครอบครัว (สร้างเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู) สำหรับคนจำนวนมาก (ประมาณ 30,000 คน) เน้นการมี “หมอประจำตัว” ที่ดูแลคนเดียวไปตลอด ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม (รพ.สต./ศสม.) เน้นบริการพื้นฐานทั่วไปที่มีบุคลากรหลากหลาย แต่คลินิกหมอครอบครัวยกระดับขึ้นไปอีกขั้นด้วยทีมที่ครบและเชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น⁶ คลินิกหมอครอบครัวมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิได้ง่ายอย่างต่อเนื่อง⁷

อำเภอพระนครศรีอยุธยาเริ่มดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยแบ่งผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัว 17,160 คน และนอกเขตรับผิดชอบ 9,132 คน จากผู้สูงอายุรวม 26,292 คน การให้บริการในเขตนี้ถือเป็นคลินิกหมอครอบครัวกลุ่มแรกของประเทศที่จัดบริการในเขตเมือง

การศึกษาของ อาจริ๊ยะ เชิดชู³ พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะด้านความสะดวกและระยะทางในการเดินทางไปสถานบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของ de Carvalho et al.⁸ ในประเทศบราซิล ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงในด้านความยอมรับต่อการบริการ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและการให้บริการตามเวลา ซึ่งชี้ว่ารูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาในหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม หรือมุ่งเน้นปัจจัยรายบุคคล เช่น รายได้ ระยะทาง และสิทธิการรักษา ขณะที่การศึกษาเชิงเปรียบเทียบระหว่างคลินิกหมอครอบครัวกับหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมในบริบทเขตเมืองยังมีจำกัด โดยเฉพาะการวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ

ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว ด้วยการเปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างสองรูปแบบบริการในอำเภอพระนครศรีอยุธยา ซึ่งเป็นพื้นที่เมืองที่มีการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่องอันจะนำไปสู่การพัฒนาคลินิกหมอครอบครัวให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เสมอภาค และเท่าเทียม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ประเมินลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวและพื้นที่รอบนอกอำเภอพระนครศรีอยุธยา

2. ศึกษาและเปรียบเทียบระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างการให้บริการคลินิกหมอครอบครัวและหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมในอำเภอพระนครศรีอยุธยา

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (cross-sectional survey)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภอพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่าง: ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกหมอครอบครัวที่มีแพทย์เข้าตรวจรักษาทุกวัน และหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมที่มีแพทย์เข้าตรวจรักษาอาทิตย์ละ 1 วันแต่มีการจัดระบบให้คำปรึกษากับแพทย์เจ้าของพื้นที่ ขนาดตัวอย่าง: คำนวณได้ 320 ราย ($N = 26,292$, $Z_{\alpha/2} = 1.96$, $p = 0.080$, $e = 0.05$) วิธีการสุ่มตัวอย่าง: ใช้วิธีการสุ่มแบบ convenient cluster random sampling โดยเลือกหน่วยบริการเป็นกลุ่ม (cluster) และเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มารับบริการในช่วงเวลาศึกษา วิธีการนี้เหมาะสมกับบริบทการให้บริการจริงในพื้นที่ แต่มีข้อจำกัดด้านความเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด⁹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ประยุกต์จากแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky and Thomas⁴ และแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของสหภาพยุโรป¹⁰ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. ข้อมูลทั่วไป จำนวน 19 ข้อ
2. ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ ในมิติการเข้าถึงบริการ 5 ด้าน (วัดด้วย Likert Scale 5 ระดับ)

แบบสอบถามได้รับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้ในประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อกำหนดค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับ (Cronbach's alpha = 0.89) และการจัดกลุ่ม “ความพึงพอใจระดับสูง” ใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย $\geq$ ค่าเฉลี่ยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา: ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. สถิติเชิงอนุมาน: เปรียบเทียบความสัมพันธ์ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุกับคลินิกหมอครอบครัวโดยใช้สถิติ Chi-square และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ปรับด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และความพึงพอใจของรายได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีหลักฐานจากงานวิจัยก่อนหน้า

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง 320 ราย ผู้รับการสำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.00) อายุเฉลี่ยประมาณ 69 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถม (ร้อยละ 60.00) มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้สถานบริการในพื้นที่เป็นหลัก (ตารางที่ 1)

ด้านความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 ด้านพบมีความพึงพอใจด้านความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ (mean 3.92) และการยอมรับในการใช้บริการ (mean 3.91) สูงที่สุด ในขณะที่ความพึงพอใจด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (mean 3.42) ต่ำที่สุด (ตารางที่ 2)

ระดับความสัมพันธ์ระหว่างประเภทสถานพยาบาลกับความพึงพอใจระดับสูงในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่ใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวมีโอกาสที่จะมีความพึงพอใจในระดับสูงสูงกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมเมื่อปรับด้วยปัจจัยร่วมค่า adjusted OR = 1.81 หมายความว่า ผู้สูงอายุที่ใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูงมากกว่าผู้ใช้หน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมประมาณ 1.8 เท่า เมื่อควบคุมปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	คลินิกหมอครอบครัว จำนวน (ร้อยละ)	หน่วยบริการปฐมภูมิ รูปแบบเดิม จำนวน (ร้อยละ)	P-value
เพศ			
เพศชาย	36 (22.50)	41 (25.62)	0.513
เพศหญิง	124 (77.50)	119 (74.38)	0.513
อายุ (mean, SD)	68.45 (6.26)	69.43 (6.57)	0.173
สถานภาพสมรส			
โสด	12 (7.50)	11 (6.88)	0.829
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	73 (45.62)	76 (47.50)	0.737
สมรส/อยู่ด้วยกัน	75 (46.88)	73 (45.62)	0.823
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา	2 (1.25)	4 (2.50)	0.685
ประถมศึกษาตอนต้น	48 (30.00)	75 (46.88)	<0.001
ประถมศึกษาตอนปลาย	22 (13.75)	12 (7.50)	0.070
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (5.00)	8 (5.00)	1.000
มัธยมศึกษาตอนปลาย	34 (21.25)	22 (13.75)	0.077
อนุปริญญา/ปวส.	33 (20.62)	25 (15.62)	0.246
ปริญญาตรี	11 (6.88)	14 (8.75)	0.532
สูงกว่าปริญญาตรี	2 (1.25)	0 (0.00)	-
อาชีพก่อนอายุ 60 ปี			
ข้าราชการ	23 (14.37)	14 (8.75)	0.116
รัฐวิสาหกิจ	2 (1.25)	4 (2.50)	0.685
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	18 (11.25)	14 (8.75)	0.456
พนักงานบริษัทเอกชน	13 (8.12)	14 (8.75)	0.841
นักบวช	2 (1.25)	0 (0.00)	0.498
รับจ้าง	57 (35.62)	66 (41.25)	0.301
เกษตรกร	3 (1.88)	4 (2.50)	1.000
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24 (15.00)	20 (12.50)	0.516
รายได้ต่อเดือน			
ไม่มีรายได้	7 (4.38)	8 (5.00)	0.791
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 600 บาท	31 (19.38)	16 (10.00)	0.018
601-1,000 บาท	53 (33.12)	76 (47.50)	< 0.001
1,001-5,000 บาท	19 (11.87)	14 (8.75)	0.358
5,001-10,000 บาท	10 (6.25)	20 (12.50)	0.055
10,001 บาทขึ้นไป	40 (25.00)	26 (16.25)	0.053
สิทธิ์การรักษา			
จ่ายเงินเอง	5 (3.12)	4 (2.50)	1.000
สวัสดิการราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	48 (30.00)	37 (23.13)	0.164
ประกันสังคม	26 (16.25)	21 (13.12)	0.430
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	70 (43.75)	82 (51.25)	0.179
บัตรสงเคราะห์หรือสังคมสงเคราะห์	4 (2.50)	8 (5.00)	0.239
อื่น ๆ	7 (4.38)	8 (5.00)	0.791

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	คลินิกหมอครอบครัว จำนวน (ร้อยละ)	หน่วยบริการปฐม ภูมิรูปแบบเดิม จำนวน (ร้อยละ)	P-value
บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วม			
คนเดียว	17 (10.63)	8 (5.00)	0.061
คู่สมรส	65 (40.62)	60 (37.50)	0.567
บุตร	64 (40.00)	73 (45.62)	0.309
ญาติพี่น้อง	13 (8.12)	19 (11.88)	0.264
อื่น ๆ	1 (0.63)	0 (0.00)	1.000
ลักษณะความเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย			
บ้านตนเอง	147 (91.88)	141 (88.12)	0.264
บ้านญาติ	2 (1.25)	14 (8.75)	<0.001
บ้านเช่า	7 (4.37)	4 (2.50)	0.357
อื่น ๆ	4 (2.50)	1 (0.63)	0.371
ผู้ดูแล			
พ่อหรือแม่	1 (0.62)	2 (1.25)	1.000
คู่สมรส	35 (21.88)	36 (22.50)	0.893
บุตร	98 (61.25)	99 (61.88)	0.909
ญาติพี่น้อง	21 (13.12)	14 (8.75)	0.210
ไม่มี	5 (3.13)	5 (3.12)	1.000
อื่น ๆ	0 (0.00)	4 (2.50)	-
แหล่งที่มารายได้			
ประกอบอาชีพเอง	47 (29.38)	47 (29.38)	1.000
คู่สมรส	17 (10.62)	18 (11.25)	0.858
บุตร	57 (35.62)	54 (33.75)	0.725
เงินช่วยเหลือจากราชการ	26 (16.25)	35 (21.87)	0.200
อื่น ๆ	13 (8.13)	6 (3.75)	0.098
ความเพียงพอของรายได้			
ไม่เพียงพอมีหนี้สิน	36 (22.50)	39 (24.38)	0.692
ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน	28 (17.50)	33 (20.62)	0.477
เพียงพอ	91 (56.88)	80 (50.00)	0.218
เหลือเก็บ	5 (3.12)	8 (5.00)	0.396
การใช้บริการหน่วยบริการในพื้นที่เป็นสถานพยาบาลหลัก	82 (51.25)	72 (45.00)	0.263
ระยะทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลหลัก (กม.) (median, IQR)	3 (3)	3 (3)	1.000
ระยะเวลาเดินทางจากบ้านถึงสถานพยาบาลหลัก (นาที) (Median, IQR)	20 (20)	15 (15)	<0.001
พาหนะไปสถานพยาบาล			
เดินเท้า	19 (11.88)	21 (13.12)	0.735
รถจักรยาน	36 (22.50)	24 (15.00)	0.086
รถจักรยานยนต์	57 (35.62)	66 (41.25)	0.301
รถยนต์	37 (23.12)	43 (26.88)	0.439
รถประจำทาง	11 (6.88)	6 (3.75)	0.213
ลักษณะการเดินทางไปสถานพยาบาล			
สามารถไปคนเดียว	94 (58.75)	73 (45.62)	0.019
คู่สมรสพาไป	21 (13.12)	25 (15.63)	0.524
บุตรพาไป	35 (21.88)	48 (30.00)	0.097
ญาติพี่น้องพาไป	10 (6.25)	12 (7.50)	0.659
อื่น ๆ	0 (0.00)	2 (1.25)	0.498
ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการสุขภาพหน่วยบาท, (median, IQR)	30 (150)	0 (50)	< 0.001

ตารางที่ 2. ความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ

มิติความพึงพอใจ	คลินิกหมอครอบครัว (mean $\pm$ SD)	หน่วยบริการ ปฐมภูมิรูปแบบเดิม (mean $\pm$ SD)
ด้านที่ 1 ความพอเพียงของการบริการ	3.83 $\pm$ 0.63	3.74 $\pm$ 0.60
ด้านที่ 2 ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ	3.92 $\pm$ 0.65	3.85 $\pm$ 0.64
ด้านที่ 3 ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ	3.42 $\pm$ 0.50	3.30 $\pm$ 0.39
ด้านที่ 4 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	3.49 $\pm$ 0.44	3.42 $\pm$ 0.43
ด้านที่ 5 การยอมรับในการใช้บริการ	3.91 $\pm$ 0.70	3.86 $\pm$ 0.67

ตารางที่ 3. ระดับความสัมพันธ์ระหว่างประเภทสถานพยาบาลกับความพึงพอใจระดับสูง

ปัจจัย	ความพึงพอใจระดับสูง			
	Crude OR (95% CI)	P-value	Adjusted OR* (95% CI)	P-value
คลินิกหมอครอบครัว			ภาพรวมทุกด้าน	
	1.79 (1.01-3.18)	0.029	1.81 (1.05-3.12)	0.030
ด้านที่ 1 ความพอเพียงของการบริการ				
	1.30 (0.81-2.08)	0.275	1.32 (0.84-2.07)	0.228
ด้านที่ 2 ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ				
	0.86 (0.54-1.37)	0.525	0.86 (0.55-1.35)	0.510
ด้านที่ 3 ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ				
	1.84 (0.87-4.01)	0.118	2.00 (0.97-4.11)	0.060
ด้านที่ 4 ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ				
	1.00 (0.52-1.94)	1.000	1.07 (0.57-2.00)	0.833
ด้านที่ 5 การยอมรับในการใช้บริการ				
	1.36 (0.85-2.17)	0.198	1.31 (0.84-2.06)	0.238

*ปรับด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ความเพียงพอของรายได้และระดับการศึกษา

วิจารณ์

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า คลินิกหมอครอบครัว ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำทุกวันในอำเภอพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมที่สูงกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (adjusted OR = 1.81, 95% CI: 1.05-3.12, p = 0.030) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการจัดบริการแบบมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ ที่สามารถสร้าง

ความเชื่อมั่น ความต่อเนื่อง และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Penchansky และ Thomas⁴ ที่เสนอว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นผลลัพธ์ของความสอดคล้องระหว่าง “ความต้องการของผู้รับบริการ” และ “ความสามารถในการจัดบริการของหน่วยบริการ” ผ่าน 5 มิติ ได้แก่ ความพอเพียงของการบริการ ความสามารถในการเข้าถึงทางภูมิศาสตร์ ความสะดวก

ในการใช้บริการ ความสามารถในการจ่าย และการยอมรับของผู้รับบริการ ซึ่งในงานวิจัยนี้พบว่าผู้สูงอายุให้คะแนนความพึงพอใจสูงในด้าน “การเข้าถึงแหล่งบริการ” (mean = 3.92) และ “การยอมรับในการใช้บริการ” (mean = 3.91) แสดงให้เห็นว่าความไว้วางใจและการยอมรับในบริการทางการแพทย์จากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อความพึงพอใจโดยรวม

ในทางกลับกัน มิติที่ผู้สูงอายุให้คะแนนต่ำที่สุดคือ “ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ” (mean = 3.42) ซึ่งบ่งชี้ถึงข้อจำกัดในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การจัดพื้นที่บริการที่ไม่เหมาะสมกับการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ระบบนัดหมายที่ยังไม่ยืดหยุ่น หรือเวลาการเปิดบริการที่จำกัดในเวลาราชการเท่านั้น ผลนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ de Carvalho et al.⁸ ที่ศึกษาการประเมินบริการปฐมภูมิในผู้สูงอายุประเทศบราซิล พบว่าปัจจัยด้านความสะดวกในการเข้าถึง (convenience) และสิ่งอำนวยความสะดวก (facilities) เป็นตัวแปรสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ อาจริย์ เชิดชู³ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะด้านการเดินทางและความพร้อมของบุคลากร การศึกษาครั้งนี้ชี้ว่าการจัดระบบคลินิกหมอครอบครัวที่มีแพทย์ประจำทุกวันช่วยลดอุปสรรคเหล่านั้นลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับบริการได้บ่อยขึ้นและมีการสื่อสารกับแพทย์ที่คุ้นเคยทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการรักษาและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษายังสอดคล้องกับ ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ¹¹ ที่รายงานว่าผู้สูงอายุซึ่งใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการใช้บริการในสถานบริการใกล้บ้านมากกว่ากลุ่มที่ใช้สิทธิรูปแบบอื่น โดยมีปัจจัยสำคัญคือความเชื่อมั่นในบุคลากรทางการแพทย์และความใกล้ชิดระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของคลินิกหมอครอบครัวในงานวิจัยนี้ ที่มีลักษณะเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่เดียวกับผู้สูงอายุและดำเนินงานโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับผู้ป่วย

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ด้านประชากรศาสตร์พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.00) และมีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งสะท้อนลักษณะประชากรทั่วไปของผู้สูงอายุไทยที่ยังคงพึ่งพาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก และมีข้อจำกัดด้านรายได้หรือการเดินทาง¹² ดังนั้น การมีคลินิกหมอครอบครัวในพื้นที่จึงเป็นการลดอุปสรรคทางภูมิศาสตร์และเศรษฐกิจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Aday และ Andersen⁵ ที่ระบุว่า การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ต้องอาศัยทั้ง “ความพร้อมของระบบบริการ” และ “ศักยภาพของผู้ใช้บริการ” ในการเข้าถึง

ขณะเดียวกันอรุณญา นามวงศ์ และคณะ¹³ ที่ศึกษาในจังหวัดพะเยา พบว่า อายุ ระยะเวลาารับบริการ และการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (social support) มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการปฐมภูมิควรคำนึงถึงบริบททางสังคมและความพร้อมของครอบครัวควบคู่ไปด้วย

ส่วนงานของ กมลพร นิรารัตน์ และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาผู้สูงอายุในเขตเมืองของประเทศไทย พบว่าปัจจัยด้าน “รายได้ การศึกษา และความรับรู้ถึงประโยชน์ของบริการสุขภาพ” เป็นตัวกำหนดสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองใหญ่ซึ่งมีทางเลือกหลากหลาย งานวิจัยนี้จึงตอกย้ำว่าการให้บริการแบบ “แพทย์ประจำครอบครัวในพื้นที่” มีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นรากฐานของการเข้าถึงบริการอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

แม้ผลการศึกษาจะชี้ให้เห็นข้อดีของคลินิกหมอครอบครัวในด้านความสามารถในการเข้าถึงและการยอมรับ แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น ความสะดวกในการรับบริการที่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการขาดแคลนพื้นที่บริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การมีจำนวนบุคลากรจำกัด หรือการให้บริการเฉพาะในเวลาราชการเท่านั้น ประเด็นเหล่านี้ควรถูกนำ

ไปพัฒนาในเชิงนโยบาย เช่น การเพิ่มรอบบริการนอกเวลาราชการ การพัฒนาอาคารสถานที่ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การจัดระบบคิวอัจฉริยะ (smart queue) และ การใช้เทคโนโลยีทางไกลทางการแพทย์ (telemedicine) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้ารับคำปรึกษาได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่จำเป็นต้องเดินทาง นอกจากนี้ ยังควรส่งเสริมการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของคลินิกหมอครอบครัวให้แก่ประชาชน เพื่อเพิ่มความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยยกระดับการยอมรับให้สูงขึ้นยิ่งกว่าเดิมในระยะยาว เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีศักยภาพในการให้บริการผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เชิงระบบและนโยบาย

- ขยายรูปแบบคลินิกหมอครอบครัวให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดในอำเภอเมืองและชนบท โดยเฉพาะพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่หนาแน่น เพื่อให้มีหน่วยบริการที่มีแพทย์ประจำทุกวัน ซึ่งผลการศึกษาชี้ว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าในรูปแบบบริการแบบเดิม

- กำหนดนโยบายสนับสนุนให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกทุกวัน พร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ (เช่น พยาบาลชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร) เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล และลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

- พิจารณาให้มี “เวลาบริการนอกเวลาราชการ” (ช่วงเย็นหรือวันหยุด) สำหรับผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านเวลาเดินทางหรือติดกิจกรรมอื่น ๆ ในวันราชการ

- ส่งเสริมการจัดระบบ “จองคิวล่วงหน้า / นัดหมายออนไลน์ / โทรศัพท์” เพื่อลดระยะเวลารอและอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ

- พิจารณานโยบายสนับสนุนด้านการเดินทาง (transportation) สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ห่างจากสถานบริการ เช่น รถรับส่งหรือบริการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามที่พบว่า “ขาดระบบการเดินทาง” เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในไทย

2. เชิงพื้นที่และสิ่งอำนวยความสะดวก

- ปรับปรุงอาคารสถานที่ให้ “ผู้สูงอายุ-friendly” เช่น ทางลาด รถเข็น ห้องพักคอย พื้นไม้ลิ้น ไฟสว่าง ป้ายสัญลักษณ์ชัดเจน เพื่อเพิ่มความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ

(ซึ่งผลการศึกษาของคุณพบว่า ด้านความสะดวกได้รับคะแนนต่ำที่สุด)

- เพิ่มช่องทางการให้บริการแบบ “ไปเยี่ยมบ้าน” (home visit) หรือ “คลินิกเคลื่อนที่” สำหรับผู้สูงอายุที่เดินทางลำบาก เพื่อเพิ่มความเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility)

- จัดให้มีพื้นที่ให้คำปรึกษาเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ห้องพักผู้สูงอายุ รอคอยนานน้อย มีเจ้าหน้าที่ดูแลเฉพาะด้านผู้สูงอายุ

- พัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุน เช่น ระบบโทรปรึกษา (tele-consultation) หรือการติดตามผลทางโทรศัพท์/แอปพลิเคชัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยลดความจำเป็นในการเดินทาง

3. เชิงบุคลากรและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

- ฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจเฉพาะด้านผู้สูงอายุ (geriatric care) และการสื่อสารกับผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการยอมรับของบริการ

- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนบริการสุขภาพของตนเอง เช่น ให้เลือกเวลานัดหมาย สะท้อนความต้องการเฉพาะของตน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความยอมรับ

- จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การใช้บริการคลินิกหมอครอบครัว การเตรียมตัวก่อนมารับบริการ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมและลดอุปสรรคทางจิตใจ

4. เชิงติดตามประเมินผล

- ตั้งระบบเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ เช่น ระยะเวลารอ จำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุมาทำการตรวจ ดัชนีความพึงพอใจ และอัตราการกลับมาใช้บริการซ้ำ

- ทำการประเมินเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัวและพื้นที่ที่ใช้หน่วยบริการแบบเดิม (longitudinal study) เพื่อดูผลในระยะยาว เช่น การลดการนอนโรงพยาบาล คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

- ใช้ผลประเมินเพื่อปรับปรุงบริการอย่างสม่ำเสมอ (continuous quality improvement) และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้รับบริการทราบ เพื่อสร้างความโปร่งใสและความไว้วางใจ

5. เจริญความเหลื่อมล้ำ (equity)

- ตรวจสอบว่าผู้สูงอายุในกลุ่มเปราะบาง (เช่น รายได้น้อย อยู่คนเดียว อยู่ห่างจากสถานบริการ) มีโอกาสเข้าถึงบริการน้อยกว่า และจัดมาตรการเฉพาะ เช่น สิทธิพิเศษหรือบริการเคลื่อนที่สำหรับกลุ่มนี้
- สนับสนุนให้มีการใช้สิทธิประกันสุขภาพใกล้บ้าน (nearest facility) เพื่อหลีกเลี่ยงผู้สูงอายุที่จดทะเบียนอยู่ห่างและต้องเดินทางไกล ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความผลลัพธ์ ประการแรก การออกแบบการวิจัยแบบภาคตัดขวางไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้โดยตรง ประการที่สอง การใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ convenient cluster sampling อาจจำกัดความเป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ และประการสุดท้าย การประเมินการเข้าถึงบริการอาศัยการรับรู้ของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากประสบการณ์ล่าสุดหรืออคติในการระลึกความจำ (recall bias) ดังนั้น ผลลัพธ์ควรถูกตีความร่วมกับบริบทของระบบบริการในพื้นที่ศึกษา

สรุป

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าผู้สูงอายุที่ใช้บริการคลินิกหมอครอบครัวมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับสูงมากกว่าผู้ใช้หน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิม แม้เมื่อควบคุมปัจจัยด้านประชากรศาสตร์และเศรษฐกิจสังคมแล้ว ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนว่าความแตกต่างไม่ได้เกิดจากลักษณะของผู้รับบริการเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับกลไกการจัดระบบบริการของคลินิกหมอครอบครัวโดยตรง

ในเชิงกลไกคลินิกหมอครอบครัวมีลักษณะสำคัญคือการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลประชากรกลุ่มเดิมอย่างต่อเนื่องซึ่งเอื้อต่อการสร้างความสัมพันธ์ระยะยาว ความไว้วางใจและความเข้าใจบริบทชีวิตของผู้สูงอายุ กลไกดังกล่าวส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในหลายมิติโดยเฉพาะมิติการยอมรับในการใช้บริการ และ ความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งเป็นหัวใจ

ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและต้องการการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ พบว่ามีมิติที่ได้รับคะแนนสูง ได้แก่ ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการและการยอมรับในการใช้บริการ ซึ่งสะท้อนว่าการมีหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนและมีบุคลากรที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย ช่วยลดอุปสรรคเชิงจิตใจและเพิ่มความมั่นใจในการมารับบริการ ขณะที่มิติด้านความสะดวกเมื่อไปใช้บริการยังคงเป็นจุดอ่อนของทั้งสองรูปแบบบริการ สะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการปฐมภูมิ เช่น เวลาการให้บริการที่จำกัด สิ่งอำนวยความสะดวกที่ยังไม่สอดคล้องกับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุและภาระการเดินทาง¹⁵

ที่สำคัญแม้ผลการวิเคราะห์เชิงมิติจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน แต่ผลรวมของการเข้าถึงบริการกลับแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นผลลัพธ์เชิงระบบ (system-level outcome) ที่เกิดจากการทำงานร่วมกันของหลายองค์ประกอบ มากกว่าการพัฒนาเพียงมิติใดมิติหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Aday และ Andersen ที่มองว่าการเข้าถึงบริการเป็นผลของความสอดคล้องระหว่างโครงสร้างระบบบริการและศักยภาพของผู้ใช้บริการ⁵

เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยก่อนหน้าในบริบทไทยและต่างประเทศ ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าการมีหน่วยบริการปฐมภูมิที่เน้นความต่อเนื่องและความใกล้ชิดกับชุมชน สามารถลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุได้จริง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ขยายองค์ความรู้เดิมด้วยการแสดงให้เห็นว่าแม้ในบริบทเขตเมืองที่มีสถานบริการหลากหลาย การมี “แพทย์ประจำครอบครัวในพื้นที่” ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้าถึงบริการอย่างยั่งยืน

Highlights

1. คลินิกหมอครอบครัวมีความพึงพอใจโดยรวมสูงกว่า 1.81 เท่า ประสิทธิภาพการมีผลต่อความพึงพอใจอย่างชัดเจน: ผู้สูงอายุที่ใช้บริการ คลินิกหมอครอบครัว (ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำทุกวัน) มีความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมสูงกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิรูปแบบเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงสุดในด้าน ความสามารถเข้าถึงแหล่งบริการ (Mean 3.92) และ การยอมรับในการใช้บริการ (Mean 3.91) ซึ่งแสดงว่าความไว้วางใจในแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญ ในทางกลับกันมิติที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจต่ำที่สุด คือ ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (Mean 3.42) ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดด้านสิ่งอำนวยความสะดวก อาคารสถานที่ที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ หรือเวลาเปิดบริการที่จำกัดในเวลาราชการ

3. ควรขยายรูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมด และกำหนดนโยบายให้มี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำ พร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ควรพิจารณาเพิ่มเวลาบริการนอกเวลาราชการ (ช่วงเย็น/วันหยุด) และปรับปรุงอาคารสถานที่ให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุ-friendly) เช่น ทางลาด หรือป้ายสัญลักษณ์ชัดเจน เพื่อแก้ไขปัญหาความสะดวกที่ได้คะแนนต่ำ

เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด; 2561.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552; 2553.
- อารีย์ เชิดชู. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19:127-40.
- Aday LA, Andersen R. Access to health care. J Nurs Scholarsh. 1999;31:13-9.
- นครินทร์ สุวรรณแสง, ภราดร ยิ่งยวด. คลินิกหมอครอบครัว: แนวคิดและการจัดการตามบทบาทพยาบาล. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35:5-17.
- พิไลโอ เชี่ยวแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนพิการ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2553.
- de Carvalho VCHDS, Rossato SL, Fuchs FD, Harzheim E, Fuchs SC. Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2013;13:605. PubMed PMID: 23800179
- Yamane T. Statistics: An introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
- European Commission. European Health Interview Survey (EHIS): Methodology. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
- ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, วรางคณา นาคสวัสดิ์, สุภาพร จิตรประสงค์. การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี. วารสารการพยาบาล. 2559;18:58-68.
- สำเริง แหะงกระโทก, รัชนิ มังคละศิริ. คู่มือการดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน. นครราชสีมา: โชคเจริญมาเกิดตั้ง; 2545.
- อรัญญา นามวงศ์, กิตติพัทธ์ ฝึกฝน, เกลิมพล กำใจ, สุรีย์พรณ์ เลิศวัชรสกุล. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33:68-81.
- กมลพร นิรารัตน์, อัครนันท์ คัดสม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. ใน: เรื่องเต็มการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 14: ตามรอยพระยุคลบาท เกษตรศาสตร์กำแพงแสน; 2560 ธ.ค. 7-8; นครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน; 2560. หน้า 1939-49.
- ถาวร สกฤพานิชย์. ผลสัมฤทธิ์การให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคต ในช่วงปี พ.ศ. 2554-2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย; 2564.

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Risk Factors Associated with Underreported Urinary Incontinence Among Female Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Napasawan Natiniyom, M.D.¹, Suwannee Suraseranivongse, M.D., MRCEPT¹,
Kaattiyos Kuldejchaichan, Ph.D.², Wittika Tanchaiying, B.N.³, Maneeya Pongkwan, M.D.,
FRCEPT⁴

¹Postgraduate Education Division, ²Siriraj Health Sciences Education Excellence Center, ³Siriraj Primary Care Unit, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, ⁴Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Nakhon Pathom, Thailand

Corresponding author :

Maneeya Pongkwan, M.D.,
Golden Jubilee Medical Center,
Faculty of Medicine Siriraj
Hospital, Mahidol University,
888 Borommaratchachonnani
Rd, Salaya, Phutthamonthon
District, Nakhon Pathom
73170, Thailand.
Email: Maneeya22@gmail.com

Received: September 29, 2025;

Revised: October 31, 2025;

Accepted: November 20, 2025

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence is a common complication in female patients with type 2 diabetes, which negatively impacts quality of life. However, this condition is often underreported. Particularly in Thailand's healthcare, due to the number of non-communicable disease patients and time constraints, symptom reporting may not be comprehensive. This study aimed to assess the prevalence of underreporting symptoms and identify associated factors.

Design: Cross-sectional descriptive study

Methods: The study involved 179 female patients with type 2 diabetes experiencing urinary incontinence between January and July 2025. Data were collected using questionnaires covering demographic factors, barriers to reporting, and health-related factors. Symptom severity and impact were assessed using the Thai versions of the UDI-6 and IIQ-7 questionnaires. Results were reported as Crude OR and Adjusted OR, with statistical significance of $p < 0.05$.

Results: The prevalence of underreporting symptoms was 76%. Factors that increased the likelihood of not reporting symptoms included polypharmacy (OR 17.19; 95% CI 2.74-108.01; p -value 0.002) and low income (OR 12.29; 95% CI 1.19-126.97; p -value 0.035). Protective factors that reduced the likelihood of underreporting symptoms were treatment with alternative medicine (OR 0.13; 95% CI 0.02-0.76; p -value 0.024), severity of symptoms (OR 0.95; 95% CI 0.90-0.99; p -value 0.035), and impact on quality of life (OR 0.77; 95% CI 0.77-0.91; p -value 0.002).

Conclusion: The prevalence of underreporting urinary incontinence symptoms among female patients with type 2 diabetes was 76%. Significant associated factors were polypharmacy, low income, alternative medicine, symptom severity, and impact on quality of life.

Keywords: urinary incontinence, type 2 diabetes mellitus, underreporting, quality of life

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

นภัสวรรณ เนตินิยม, พ.บ.¹, สุวรรณิ์ สุเรศนิวงศ์, พ.บ., อว. เวชศาสตร์ครอบครัว¹,
เกียรติยศ กุลเดชชัยชาญ, ค.ต.², วัตติกา ฐานไชยยิ่ง, พย.บ.³, มณีญาณ พงษ์ขวัญ, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว⁴

¹งานการศึกษาระดับหลังปริญญา, ²ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, ³หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิศิริราช,

⁴ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

ผู้รับผิดชอบบทความ:

มณีญาณ พงษ์ขวัญ, พ.บ.,
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล 888 หมู่ 6
ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล,
จ.นครปฐม 73170,
Email: Maneeya22@gmail.
com

Received: September 29, 2025;

Revised: October 31, 2025;

Accepted: November 20, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: ภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวาน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่ภาวะดังกล่าวมักไม่ได้รับการรายงาน โดยเฉพาะในบริบท บริการสุขภาพของประเทศไทยที่มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวนมาก และมีข้อจำกัดด้าน เวลาในการตรวจรักษา อาจทำให้การรายงานอาการไม่ครอบคลุม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความชุกของการไม่รายงานอาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

วัตถุประสงค์และวิธีการ: ศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ จำนวน 179 ราย ระหว่างเดือนมกราคม -กรกฎาคม พ.ศ. 2568 เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ครอบคลุมปัจจัยเชิงประชากร ปัจจัยอุปสรรคต่อการรายงาน และปัจจัยด้านสุขภาพ ประเมิน ด้วยแบบสอบถาม UDI-6 และ IIQ-7 ฉบับภาษาไทย รายงานผลเป็น crude OR, adjusted OR กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา: ความชุกของการไม่รายงานอาการ เท่ากับร้อยละ 76.0 ปัจจัยเพิ่มโอกาสไม่ รายงานอาการ ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด (OR 17.19; 95% CI 2.74-108.01; p-value 0.002) รายได้ต่ำ (OR 12.29; 95% CI 1.19-126.97; p-value 0.035) ขณะที่ปัจจัยลด โอกาสการไม่รายงาน ได้แก่ การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก (OR 0.13; 95% CI 0.02-0.76; p-value 0.024) ความรุนแรงของอาการ (OR 0.95; 95% CI 0.90-0.99; p-value 0.035) ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (OR 0.77; 95% CI 0.77-0.91; p-value 0.002)

สรุป: ความชุกของการไม่รายงานอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 เท่ากับร้อยละ 76 ปัจจัยที่สัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รายได้ ต่ำ การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก ความรุนแรงและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

คำสำคัญ: ภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ เบาหวานชนิดที่ 2 การไม่รายงานอาการ คุณภาพชีวิต

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง ภาวะที่มีปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะราดออกมาโดยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ¹ ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบได้ในประชากรทั่วไป ทุกเพศ ทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศหญิงมีความชุกของภาวะนี้สูงกว่าเพศชายประมาณสองเท่า² ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อาทิ การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ การระคายเคืองผิวหนัง การจำกัดกิจกรรมทางสังคม รวมถึงภาวะซึมเศร้า³

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 634 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2573⁴ โรคเบาหวานสามารถส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหลายระบบของร่างกาย รวมถึงระบบทางเดินปัสสาวะ โดยเฉพาะภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ที่มีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ปัสสาวะคงค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น การขยายตัวของกระเพาะปัสสาวะ และความผิดปกติของการส่งสัญญาณประสาท ส่งผลให้ความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะลดลง⁵

การศึกษาในต่างประเทศพบว่า ความชุกของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงที่เป็นโรคเบาหวานมีตั้งแต่ร้อยละ 27.0-63.0^{6,7} โดยเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคน⁸ แต่ปัญหาดังกล่าวมักไม่ได้รับการรายงานหรือแจ้งให้แพทย์ทราบ ผู้ป่วยเพียงหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่รายงานอาการและเข้ารับการรักษาย่างถูกต้อง⁹ สะท้อนถึงปัญหาการไม่รายงานภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ความชุกของการไม่รายงานมีตั้งแต่ร้อยละ 39.5-74.7^{10,11}

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่รายงานสามารถแบ่งเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น ความรุนแรง¹¹ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อายุ¹² การใช้ยาหลายชนิด¹³ ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การขาดการสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษา¹² ความอับอาย ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเพียงพอของรายได้¹⁴ ผู้วิจัยค้นหาความชุกของการไม่รายงานปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

แบบสอบถามประเมินความรุนแรงและผลกระทบของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ต่อคุณภาพชีวิต ฉบับภาษาไทย (UDI-6, IIQ-7) โดย สรวิร์ วีระโสภณ และ อภิรักษ์ สันติงามกุล ซึ่งมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.86-0.91¹⁵

การไม่รายงานภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่และปัจจัยที่เกี่ยวข้องแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร ส่วนใหญ่ของการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาจากต่างประเทศซึ่งมีบริบททางสังคมและระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากประเทศไทย ทำให้การรายงานภาวะดังกล่าวในไทยอาจต่ำกว่าต่างประเทศ เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนมองว่าภาวะนี้เป็นผลจากความเสื่อมตามวัย จึงไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการรับการรักษา¹⁶ อีกทั้งระยะเวลาที่จำกัดในการให้บริการทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้การรายงานอาการไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร¹⁷ นอกจากนี้ ความอับอาย และความเชื่อว่าเป็นภาวะปกติของวัยสูงอายุยังอาจทำให้ผู้ป่วยละเลยการรายงานอาการดังกล่าว¹⁸ ส่งผลต่อความชุกของการไม่รายงานอาการที่เพิ่มขึ้น

ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยพบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้า สูญเสียความมั่นใจในตนเอง และลดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม^{1,3} การไม่รายงานอาการดังกล่าวจึงอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อเนื่อง ตั้งแต่การวินิจฉัยและการรักษาที่ล่าช้า ไปจนถึงการเพิ่มความรุนแรงของภาวะและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษานี้ เพื่อสนับสนุนการคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ และสร้างความตระหนักรู้ในผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

1. เพื่อทราบความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาการไม่รายงานภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เพื่อทราบถึงอุปสรรค (Barrier) ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รายงานปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ต่อบุคลากรทางการแพทย์

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ณ หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนมกราคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยผ่านการประชาสัมพันธ์ด้วยโปสเตอร์ ร่วมกับการเชิญชวนจากคณะผู้วิจัยในพื้นที่ให้บริการ เช่น ระหว่างรอพบแพทย์ รอผลตรวจ หรือหลังสิ้นสุดกระบวนการรักษา

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และมีอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา¹⁹ มีความสามารถในการสื่อสาร เข้าใจแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้มีประวัติอัมพาตครึ่งล่าง มีอาการบาดเจ็บของไขสันหลัง ผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ สตรีมีครรภ์ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเวชซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการตอบแบบสอบถาม (เช่น ภาวะสับสน วุ่นวาย หรือจิตผิดปกติ) และ ผู้ที่ไม่สามารถประมวลผลหรือเข้าใจคำถามจากแบบสอบถาม

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับคำอธิบายโดยละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย พร้อมลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ก่อนเข้าร่วม หากตรวจพบคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก จะไม่ถูกรวมในการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรอง (COA) หมายเลข Si 952/2024 อนุมัติเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) แบบสอบถามปัจจัยเชิงประชากร ประกอบด้วย ข้อมูลด้าน อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา รายได้ และความเพียงพอของรายได้

(ประเมินจากการมีรายได้มากกว่าหรือน้อยกว่ารายจ่าย)

2) แบบสอบถามปัจจัยด้านอุปสรรคต่อรายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ พัฒนาโดยคณะผู้วิจัย จำนวน 10 ข้อ เพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อปัจจัยที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการรายงานอาการ ประกอบด้วย 6 ตัวแปร ได้แก่ (1) ความอับอาย หมายถึง อาการตะขิดตะขวงใจ ไม่กล้าพูดหรือเปิดเผยอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (2) ความพอเพียงของรายได้ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่พอดีกับความต้องการของผู้ป่วย เมื่อเข้ารับการรักษาโรคตามแนวทางของแพทย์ (3) การขาดการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การไม่ได้รับความร่วมมือ/แรงผลักดันจากครอบครัว และครอบครัวในการรักษา (4) ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การยอมรับว่าสิ่งใดสิ่งหนึ่งเกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้ป่วยจริง โดยอาศัยประสบการณ์ การไตร่ตรอง หรืออนุมาน (5) การใช้ยาหลายชนิด หมายถึง การใช้ยาในการรักษาโรคเพิ่มขึ้นจากยาเดิมที่เคยใช้อยู่ (6) การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก หมายถึง แนวทางการรักษาผู้ป่วยโดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น ชาติพันธุ์ ผสมผสานกับประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence) เท่ากับ 0.75 และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มศึกษา จำนวน 30 ราย พบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น Kuder-Richardson Formula 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.96

3) แบบสอบถามปัจจัยด้านสุขภาพ ใช้แบบสอบถาม UDI-6 และ IIQ-7 ฉบับภาษาไทย ประเมินความรุนแรงของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต (15) แบบสอบถาม UDI-6 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อมีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 (0 = ไม่มี, 1 = น้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = มาก) รวมคะแนนสูงสุดได้ 18 คะแนน จากนั้นคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ย (ช่วง 0-3) และแปลงเป็นช่วงคะแนน 0-100 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 33.33 ขึ้นไป แสดงถึงภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรง¹⁷ แบบสอบถาม IIQ-7 ใช้ประเมินผลกระทบของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย 7 ข้อ มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 (0 = ไม่มี, 1 = น้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = มาก)

รวมคะแนนสูงสุด 21 คะแนน โดยคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก²⁰

ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคะแนนบ่งชี้ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรง หรือได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในระดับมากจากแบบสอบถามข้างต้น จะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการประเมินเพิ่มเติมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ณ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้การวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression จึงได้คำนวณขนาดตัวอย่างตามหลักการ 10 events per variable²¹ ซึ่งกำหนดให้มี ผู้ที่ไม่รายงานปัญหาอย่างน้อย 10 คนต่อหนึ่งตัวแปรอิสระ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีตัวแปรอิสระที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ อายุ การใช้ยาหลายชนิด ความรุนแรงและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ความอับอาย ความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา ข้อจำกัดทางศาสนา ระบบสุขภาพ ความพอเพียงของรายได้ และการสนับสนุนทางสังคม

ดังนั้น จึงกำหนดให้ต้องมีจำนวนผู้ที่ไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่อย่างน้อย 100 ราย และเมื่อใช้ค่าความชุกเฉลี่ยของการไม่รายงานอาการจากการศึกษาก่อนหน้าในประชากรหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไปในประเทศ^{11,22,23} ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษานี้ เท่ากับ 0.56 จึงสามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้เป็น 179 ราย (100/0.56)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics 29.0 ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือ มัธยฐานกับพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงด้วยความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย logistic regression model โดยใช้ univariate analysis และ multivariate analysis เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์และควบคุมปัจจัยกวน ตาม

ลำดับ รายงานผลด้วย crude odds ratio และ adjusted odds ratio พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% เพื่อรักษาความสมบูรณ์และลดอคติของข้อมูล ข้อมูลที่ขาดหายจากแบบสอบถามในการวิจัยนี้จะตรวจสอบลักษณะการหายไป การวิเคราะห์หลักใช้ listwise deletion หาก missing data ของแต่ละตัวแปร < 5% หาก > 5% จะพิจารณาใช้ imputation เช่น multiple imputation ตามความเหมาะสม

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 179 ราย โดยกลุ่มอายุที่มีสัดส่วนสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 81.00) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ร่วมกัน (ร้อยละ 49.20) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.80) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 42.50) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 62.00) โดยส่วนใหญ่ระบุว่ารายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ (ร้อยละ 66.50) และมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด (ร้อยละ 48.00) ข้อมูลรายละเอียดของลักษณะประชากรดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ความชุกของการไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ร้อยละ 76.00 (136 คน) ประเมินจากแบบสอบถามซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยเชิงประชากร ปัจจัยอุปสรรคต่อการรายงานอาการ และปัจจัยด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่รายงานอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อวิเคราะห์แบบ ตัวแปรเดียว (univariate analysis) ปัจจัยเชิงประชากรพบว่า การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และรายได้ 30,000 บาทขึ้นไป มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ปัจจัยด้านอุปสรรคต่อการรายงาน พบว่าการใช้ยาหลายชนิด และการรักษาโดยแพทย์ทางเลือก มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่ความพอเพียงของรายได้ ($p = 0.093$) การขาดการสนับสนุนทางสังคม ($p = 0.923$) และความเชื่อด้านสุขภาพ ($p = 0.508$) ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1. ปัจจัยเชิงประชากรของผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีการไม่รายงานปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่

ข้อมูลบุคคล	ไม่รายงานอาการ n = 136 (ร้อยละ)	รายงานอาการ n = 43 (ร้อยละ)	รวม n = 179 (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
อายุ					
18-44 ปี	5 (3.70)	4 (9.30)	9 (5.00)	1	
45-59 ปี	21 (15.40)	4 (9.30)	25 (14.00)	4.20 [0.77 , 22.87]	0.097
60 ปีขึ้นไป	110 (80.90)	35 (81.40)	145 (81.00)	2.51 [0.64 , 9.88]	0.187
สถานภาพ					
โสด	16 (11.80)	14 (32.60)	30 (16.80)	1	
อยู่ด้วยกัน	66 (48.50)	22 (51.20)	88 (49.20)	2.63 [1.11 , 6.23]	0.029
หม้าย	36 (26.50)	6 (14.00)	42 (23.50)	5.25 [1.71 , 16.14]	0.004
หย่า/แยกกันอยู่	18 (13.20)	1 (2.30)	19 (10.60)	15.75 [1.86, 133.55]	0.011
ศาสนา					
ศาสนาพุทธ	134 (98.50)	41 (95.30)	175 (97.80)	1	
ศาสนาอิสลาม	2 (1.50)	2 (4.70)	4 (2.20)	0.31 [0.04 , 2.24]	0.244
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	65 (47.80)	11 (25.60)	76 (42.50)	1	
มัธยมศึกษา	18 (13.20)	4 (9.30)	22 (12.30)	0.76 [0.22 , 2.68]	0.671
อนุปริญญา/ปวส.	21 (15.40)	4 (9.30)	25 (14.00)	0.89 [0.26 , 3.09]	0.852
ปริญญาตรีขึ้นไป	32 (23.50)	24 (55.80)	56 (31.30)	0.23 [0.10 , 0.52]	< 0.001
รายได้					
≤15,000	91 (66.90)	20 (46.50)	111 (62.00)	1	
15,001-20,000	16 (11.80)	2 (4.70)	18 (10.10)	1.76 [0.37 , 8.26]	0.475
20,001-30,000	18 (13.20)	9 (20.90)	27 (15.10)	0.44 [0.17 , 1.12]	0.085
30,000 ขึ้นไป	11 (8.10)	12 (27.90)	23 (12.80)	0.20 [0.08 , 0.52]	< 0.001
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	81 (59.60)	38 (88.40)	119 (66.50)	1	
ไม่เพียงพอ	55 (40.40)	5 (11.60)	60 (33.50)	5.16 [1.91 - 13.93]	0.001
สิทธิการรักษา					
ชำระเงินเอง	10 (7.40)	1 (2.30)	11 (6.10)	1	
สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	69 (50.70)	17 (39.50)	86 (48.00)	0.41 [0.05 , 3.39]	0.405
สิทธิประกันสังคม	5 (3.70)	1 (2.30)	6 (3.40)	0.50 [0.03 , 9.77]	0.648
สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	52 (38.20)	24 (55.80)	76 (42.50)	0.22 [0.03 , 1.79]	0.156

ปัจจัยด้านสุขภาพประเมินด้วยแบบสอบถาม UDI-6 และ IIQ-7 ฉบับภาษาไทย โดยกำหนดคะแนน UDI-6 ตั้งแต่ 33.33 ขึ้นไป แสดงถึงอาการในระดับรุนแรง (มัธยฐาน 38.89 [33.33, 44.44]) ขณะที่คะแนน IIQ-7 ตั้งแต่ 9 ขึ้นไป บ่งชี้ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระดับมาก (มัธยฐาน 10 [9, 11]) ทั้งนี้ ความรุนแรงของอาการ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานอาการกลืนปัสสาวะ

ไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อวิเคราะห์ด้วย multivariate logistic regression ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด เพิ่มโอกาสไม่รายงานอาการถึง 17.19 เท่า (Adjusted OR = 17.19, 95% CI = 2.74-108.01, $p = 0.002$) ขณะที่ผู้มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 30,000 บาท มีโอกาสไม่รายงานอาการลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาท ผู้ที่มีรายได้ระหว่าง 15,001-20,000 บาท พบว่า มีโอกาสไม่รายงานอาการเพิ่มขึ้นถึง 12.29 เท่า (adjusted OR = 12.29, 95% CI

ตารางที่ 2. ปัจจัยอุปสรรคต่อการรายงานของผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการไม่รายงานปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่

ปัจจัยด้านอุปสรรค	ไม่รายงานอาการ n = 136 (ร้อยละ)	รายงานอาการ n = 43 (ร้อยละ)	รวม n = 179 (ร้อยละ)	Crude OR (95% CI)	p-value
ความอับอาย					
เห็นด้วย	16 (11.80)	0 (0.00)	16 (8.90)	-	-
ไม่เห็นด้วย	120 (88.20)	43 (100.00)	163 (91.10)		
ความพอเพียงของรายได้				2.14 [0.88-5.22]	0.093
เห็นด้วย	40 (29.40)	7 (16.30)	47 (26.30)		
ไม่เห็นด้วย	96 (70.60)	36 (83.70)	132 (73.70)		
ขาดการสนับสนุนทางสังคม				1.05 [0.42-2.64]	0.923
เห็นด้วย	23 (16.90)	7 (16.30)	30 (16.80)		
ไม่เห็นด้วย	113 (83.10)	36 (83.70)	149 (83.20)		
การใช้ยาหลายชนิด				8 [2.35-27.19]	< 0.001
เห็นด้วย	51 (37.50)	3 (7.00)	54 (30.20)		
ไม่เห็นด้วย	85 (62.50)	40 (93.00)	125 (69.80)		
ความเชื่อด้านสุขภาพ				1.41 [0.51-3.94]	0.508
เห็นด้วย	122 (89.70)	37 (86.00)	159 (88.80)		
ไม่เห็นด้วย	14 (10.30)	6 (14.00)	20 (11.20)		
การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก				0.13 [0.04-0.39]	< 0.001
เห็นด้วย	5 (3.70)	10 (23.30)	15 (8.40)		
ไม่เห็นด้วย	131 (96.30)	33 (76.70)	164 (91.60)		

ตารางที่ 3. ปัจจัยด้านสุขภาพของผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการไม่รายงานปัญหาคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่

ปัจจัย	ไม่รายงานอาการ	รายงานอาการ	รวม	Crude OR (95% CI)	p-value
ความรุนแรงของอาการ, Mean [Q1,Q3] 0.93[0.90 - 0.96] <0.001					
UDI-6 $\geq$ 33.33	36.11 [33.33,38.89]	44.44 [37.50,51.38]	38.89 [33.33,44.44]		
UDI-6 < 33.33	22.22 [16.67,27.78]	22.22 [16.67,27.78]	22.22 [16.67,27.78]		
ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต, Mean [Q1,Q3] 0.71 [0.63 - 0.79] <0.001					
IIQ-7 $\geq$ 9	10 [9,11]	10 [9,10]	10 [9,11]		
IIQ-7 < 9	1 [0,3]	4 [1.25,6.75]	2 [0,3]		

= 1.19-126.97, $p = 0.035$) ในทางกลับกัน ผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกลดโอกาสการไม่รายงานอาการลงร้อยละ 87.00 (adjusted OR = 0.13, 95% CI = 0.02-0.76, $p = 0.024$) นอกจากนี้ ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น สัมพันธ์กับการลดโอกาสการไม่รายงานอาการลงร้อยละ 23.00 (adjusted OR = 0.77, 95% CI = 0.77-0.91, $p = 0.002$) ในทำนองเดียวกันความรุนแรงของอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ที่เพิ่มขึ้น ลดโอกาสการไม่รายงานอาการลงร้อยละ 5.00 (adjusted OR = 0.95, 95% CI = 0.90-0.99, $p = 0.035$) ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

งานวิจัยนี้พบความชุกของการไม่รายงานภาวะคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 76 โดยปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการไม่รายงานได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รายได้ต่ำ ขณะที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดโอกาสการไม่รายงาน ได้แก่ การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก ความรุนแรงของอาการ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อุปสรรคของการไม่รายงานอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในการศึกษานี้สูง เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่าง

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่รายงานปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น (multivariable analysis)

ปัจจัย	Crude OR	Adjusted OR (95% of Adjusted OR)	p-value
สถานภาพ			
โสด ^{ref}			
อยู่ด้วยกัน	2.63	2.04 [0.55, 7.57]	0.289
หม้าย	5.25	3.95 [0.75, 20.8]	0.106
หย่า/แยกกันอยู่	15.75	6.17 [0.50, 75.93]	0.155
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา ^{ref}			
มัธยมศึกษา	0.76	1.65 [0.31, 8.71]	0.554
อนุปริญญา/ปวส.	0.89	2.46 [0.39, 15.66]	0.341
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.23	0.43 [0.06, 2.95]	0.389
รายได้ (บาท)			
≤ 15,000 ^{ref}			
15,001-20,000	1.76	12.29 [1.19, 126.97]	0.035*
20,001-30,000	0.44	1.49 [0.20, 11.02]	0.696
30,000 ขึ้นไป	0.20	0.84 [0.11, 6.66]	0.865
การใช้ยาหลายชนิด	8	17.19 [2.74, 108.01]	0.002*
การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก	0.13	0.13 [0.02, 0.76]	0.024*
ความรุนแรงของอาการ	0.93	0.95 [0.90, 0.99]	0.035*
ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	0.71	0.77 [0.77, 0.91]	0.002*

*, มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

^{ref}, กลุ่มอ้างอิง

ประเทศ จากการศึกษาก่อนหน้าในกลุ่มประเทศตะวันตก เช่น ยุโรปและสหรัฐอเมริกา พบความชุกของการไม่รายงานอยู่ที่ร้อยละ 40.0-45.0^{13,24} ขณะที่ภูมิภาคตะวันออกกลางและเอเชียมีความชุกสูงมากกว่าที่ร้อยละ 69.1-75.0^{25,26} โดยผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในบริบทประเทศแถบเอเชีย

ปัจจัยด้านการใช้ยาหลายชนิด มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการไม่รายงานอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ ระบุว่าภาระจากการใช้ยาหลายชนิดส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการรายงานอาการต่อแพทย์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับประทานยาหลายประเภทพร้อมกัน¹³ รวมถึงการศึกษาในประเทศกานา ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความเหนื่อยล้าทางจิตใจจากการรักษาโรคเบาหวานเรื้อรังร่วมกับการใช้ยาหลายชนิดอาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสื่อสารและทำให้เกิดความลังเลหรือละเลย

การแจ้งอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น²⁷

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ในผู้ที่มีรายได้ต่ำ มีแนวโน้มที่จะไม่รายงานปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่สูงกว่ากลุ่มรายได้อื่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้ ระหว่าง 15,000-20,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นระดับรายได้ที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของครัวเรือนในประเทศไทย²⁵ จากการศึกษาในประเทศจามาเกา ระบุว่าผู้ที่มีรายได้น้อยมีความโน้มที่จะไม่รายงานอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁴ คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศอิหร่าน ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการรักษาของผู้หญิงที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยผู้ที่มีข้อจำกัดทางการเงินมักเลื่อนหรืองดเว้นการแสวงหารักษา¹² กล่าวคือ ผู้มีรายได้น้อยมักขาดทรัพยากรและความสะดวกในการดำเนินชีวิต จึงเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้น้อยกว่า

ปัจจัยด้านการรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกมีความสัมพันธ์เชิงป้องกันต่อการไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาดด้วยแพทย์ทางเลือกมักให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบองค์รวม มีบทบาทในการดูแลตนเอง และแสวงหาการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีแนวโน้มเปิดเผยอาการต่อบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น²⁹ นอกจากนี้ การศึกษาในออสเตรเลียพบว่า ผู้หญิงที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และเข้ารับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบันมักใช้บริการแพทย์ทางเลือกควบคู่ไปด้วย สะท้อนถึงระดับความตระหนักรู้ด้านสุขภาพและมุมมองเชิงองค์รวมของผู้ป่วย³⁰ โดยสรุปการรักษาโดยแพทย์ทางเลือกส่งเสริมพฤติกรรม的开เปิดเผยอาการ และการเข้ารับการรักษาย่างเหมาะสม

ความรุนแรงของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการไม่รายงานอาการในผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวาน โดยผู้ที่มีอาการระดับความรุนแรงต่ำมักมีแนวโน้มไม่รายงานปัญหาดังกล่าวมากกว่า งานวิจัยก่อนหน้านี้ระบุว่า ผู้หญิงที่มีอาการระดับความรุนแรงต่ำมักไม่ได้รับการวินิจฉัย เนื่องจากไม่ได้แจ้งอาการต่อแพทย์³¹ นอกจากนี้ระดับความรุนแรงยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจแสวงหาการรักษา ผู้ที่มีอาการรุนแรงมักมีแรงจูงใจในการเปิดเผยอาการและเข้ารับการรักษามากกว่าผู้ที่มีอาการน้อย^{11,24} สอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ที่อธิบายว่าพฤติกรรมแสวงหาการรักษาขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงความรุนแรงและความเสี่ยงของโรค ในผู้ที่ตระหนักถึงความรุนแรงของอาการจะมีแนวโน้มเปิดเผยอาการและเข้ารับการรักษามากกว่า²⁹ ในทำนองเดียวกัน ผลกระทบจากภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการรายงานอาการ ความไม่สบายตัวและข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต และเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยขอคำปรึกษาด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น³⁰ นอกจากนี้ ผลกระทบทางจิตใจและความไม่มั่นใจในตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มแสวงหาการรักษาและรายงานอาการมากขึ้น³¹

ข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ ได้แก่ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งอาจก่อให้เกิดอคติจากความจำไม่แม่นยำ

(recall bias) และการตอบตามความคาดหวังของสังคม (social desirability bias) ซึ่งส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล นอกจากนี้ การประเมินความรุนแรงของอาการ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นข้อมูลเชิงอัตวิสัย (subjective data) อาจแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของผู้ตอบ ทำให้เกิดความแปรปรวนในการรายงาน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาล เขตเมือง ผลการศึกษาอาจไม่สะท้อนภาพรวมของผู้ป่วยหญิงเบาหวานทั้งหมด จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำผลไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมการเข้าถึงการคัดกรองและป้องกันภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนทั่วไป เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีความหลากหลายมากขึ้น เช่น ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงควรศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาต่อไป

สรุป

ความชุกของการไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยหญิงเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ที่ร้อยละ 76.0 ซึ่งค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับรายงานจากต่างประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานซึ่งมีการศึกษาค่อนข้างจำกัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด รายได้ต่ำ การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก ตลอดจนความรุนแรง และผลกระทบจากภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ดังนั้นการคัดกรองและประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญต่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปิดเผยอาการ ซึ่งจะช่วยสร้างความตระหนักรู้ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป ส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตและสุขภาวะโดยรวมของผู้ป่วยและครอบครัว

Highlights

1. พบความชุกของการไม่รายงานภาวะกลืนปัสสาวะ

ไม่อยู่สูงถึงร้อยละ 76.0 ในผู้ป่วยหญิงเบาหวานชนิดที่ 2

2. การใช้ยาหลายชนิดและรายได้ต่ำ มีความสัมพันธ์กับการไม่รายงานอาการอย่างมีนัยสำคัญ

3. การรักษาโดยแพทย์ทางเลือก ความรุนแรงของอาการ และ ผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน มีส่วนกระตุ้นให้ผู้ป่วยรายงานอาการมากขึ้น

4. การคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมการเปิดเผยอาการและคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประเภทที่ 1 รหัสโครงการ IO R016831027 ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ เกียรติคุณ แพทย์หญิงสุวรรณี สุระเศรณีวงศ์ แพทย์หญิงมณีนุช พงษ์ขวัญ อาจารย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ดร.เกียรติยศ กุลเดชชัยชาญ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมน อสัมภินวงศ์ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับคำแนะนำและการสนับสนุนตลอดการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งขอขอบพระคุณคุณพรชิตา ธนากร สำหรับคำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ บุคลากรหน่วยปฐมภูมิศิริราช และศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ดำเนินการวิจัย และนายแพทย์สรวิทย์ วีระโสภณ กับนายแพทย์อภิรักษ์ สันติงามกุล สำหรับการอนุเคราะห์แบบสอบถาม UDI-6 และ IIQ-7 ฉบับภาษาไทย

เอกสารอ้างอิง

- Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J*. 2010;21:5-26.
- Markland AD, Richter HE, Fwu CW, Eggers P, Kusek JW. Prevalence and trends of urinary incontinence in adults in the United States, 2001 to 2008. *J Urol*. 2011;186:589-93.
- World Health Organization. Evidence profile: urinary incontinence – Integrated care for older people (ICOPE) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2025 Aug 7]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.06.08>
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas -10th edition [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 31]. Available from: www.diabetesatlas.org.
- Nathan DM. Long-term complications of diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1993;328:1676-85.
- Phelan S, Kanaya AM, Subak LL, Hogan PE, Espeland MA, Wing RR, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in overweight and obese diabetic women: Action for Health in Diabetes (Look AHEAD) study. *Diabetes Care*. 2009;32:1391-7.
- Bani-issa W, Fakhry R, Al Momani F. Urinary incontinence in Emirati women with diabetes mellitus type 2: prevalence, risk factors and impact on life. *J Clin Nurs*. 2013;22:3084-94.
- Danforth KN, Townsend MK, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Type 2 diabetes mellitus and risk of stress, urge and mixed urinary incontinence. *J Urol*. 2009;181:193-7.
- Izci Y, Topsever P, Filiz TM, Cinar ND, Uludağ C, Lagro-Janssen T. The association between diabetes mellitus and urinary incontinence in adult women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20:947-52.
- Jiang C, Xu M, Zhang L, Yang C, Liang C. Quality of life, disease recognition and care-seeking intention in women with urinary incontinence: an observational study in China. *Int J Clin Exp Med*. 2016;9:4380-7.
- Schreiber Pedersen L, Lose G, Høybye MT, Jørgensen M, Waldmann A, Rudnicki M. Predictors and reasons for help-seeking behavior among women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2018;29:521-30.
- Rashidi Fakari F, Hajian S, Darvish S, Alavi Majd H. Predictors of help-seeking behaviors in women with urinary incontinence: based on Iranian women's lens. *PLoS One*. 2023;18:e0289785. PubMed PMID: 37540696
- Sullivan R, McNicholas T, Claffey P, Kenny RA, Briggs R. Unreported urinary incontinence: population-based prevalence and factors associated with non-reporting of symptoms in community-dwelling people ≥50 years. *Eur Geriatr Med*. 2021;12:405-12.
- Asemota O, Eldemire-Shearer D, Waldron NK, Standard-Goldson A. Prevalence of self-reported

- urinary incontinence in community-dwelling older adults of Westmoreland, Jamaica. *MEDICC Rev.* 2016;18:41-7.
15. Weerasopone S, Santingamkul A. Validation of the Thai version of the Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and the Urogenital Distress Inventory (UDI-6). *Chulalongkorn Med J.* 2023;60:397-39.
 16. World Health O. Age-friendly PHC centres toolkit. Geneva: World Health Organization; 2008.
 17. Skorupska K, Grzybowska ME, Kubik-Komar A, Rechterberger T, Miotla P. Identification of the Urogenital Distress Inventory-6 and the Incontinence Impact Questionnaire-7 cutoff scores in urinary incontinent women. *Health Qual Life Outcomes.* 2021;19:87. PubMed PMID: 33726776
 18. Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* 1996;49:1373-9.
 19. Jiang C, Xu M, Zhang L, Yang C, Liang C. Quality of life, disease recognition and care-seeking intention in women with urinary incontinence: An observational study in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2016;9:4380-7.
 20. Gasquet I, Tcherny-Lessenot S, Gaudebout P, Bosio Le Goux B, Klein P, Haab F. Influence of the severity of stress urinary incontinence on quality of life, health care seeking, and treatment: A national cross-sectional survey. *Eur Urol.* 2006;50:818-25.
 21. Duralde ER, Walter LC, Van Den Eeden SK, Nakagawa S, Subak LL, Brown JS, et al. Bridging the gap: determinants of undiagnosed or untreated urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214:266.e1-7.
 22. Rizk DEE, Shaheen H, Thomas L, Dunn E, Hassan MY. The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for urinary incontinence in United Arab Emirates women. *Int Urogynecol J.* 1999;10:160-5.
 23. Li M, Wang H, Ko W-K, Kwong S-K. Factors associated with health-seeking for urinary incontinence in Hong Kong Chinese women: a cross-sectional study. *Int Urogynecol J.* 2024;35:95-101.
 24. Baah-Nyarkoh E, Alhassan Y, Dwomoh AK, Kretchy IA. Medicated-related burden and adherence in patients with co-morbid type 2 diabetes mellitus and hypertension. *Heliyon.* 2023;9(4):e15448. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e15448.
 25. National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. Full report: household economic and social survey 2023 [Internet]. Bangkok: NSO; 2023 [cited 2025 Sep 2]. Available from: <https://catalog.nso.go.th/>
 26. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. *JAMA.* 1998;279:1548-53.
 27. Frawley J, Sibbritt D, Steel A, Chang S, Adams J. Complementary and conventional health-care utilization among young Australian women with urinary incontinence. *Urology.* 2017;99:92-9.
 28. Wallner LP, Porten S, Meenan RT, O'Keefe Rosetti MC, Calhoun EA, Sarma AV, et al. Prevalence and severity of undiagnosed urinary incontinence in women. *Am J Med.* 2009;122:1037-42.
 29. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr.* 1974;2:354-86.
 30. Hägglund D, Walker-Engström ML, Larsson G, Lepert J. Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:1051-5.
 31. Minassian VA, Yan X, Lichtenfeld MJ, Sun H, Stewart WF. Predictors of care seeking in women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2012;31:470-4.

ORIGINAL ARTICLE

Factors Associated with Activities of Daily Living of Stroke Patients for Intermediate Care of Home Health Care Program in Sub-District Health Promoting Hospital of Mueang District, Suratthani, Questionnaire-Interview Study

Thanissara Limpakornkul, M.D., FRCFPT, Krida Uakridathikarn, M.D. FRCFPT

Department of Social Medicine, Suratthani Hospital, Surat Thani Province, Thailand

Corresponding author :

Thanissara Limpakornkul, M.D.,
Department of Social Medicine,
Suratthani Hospital, 56 Moo 2,
Srivichai Road, Makham Tia,
Mueang Surat Thani District,
Surat Thani 84000, Thailand
Email: mhothaniss@gmail.com

Received: March 13, 2025;

Revised: July 17, 2025;

Accepted: August 20, 2025

ABSTRACT

Background: Post-stroke intermediate care is essential to prevent long-term disability and reduce socio-financial burdens. This study evaluated factors associated with the activities of daily living (ADL) of stroke patients within a home-based intermediate care program.

Method: This descriptive study followed 62 stroke patients discharged from intermediate care in Mueang District, Suratthani, for six months. Barthel Index (BI) Thai version and return to ADL were assessed. Data were analyzed using Chi-Square and multivariate logistic regression.

Result: Among 62 patients (53.23% female, 72.58% ischemic stroke), factors significantly associated with ADL improvement were: pre-rehabilitation BI of 11-19 (aOR = 9.66, 95%CI 1.91-48.78, $p = 0.006$), non-malnutrition (aOR = 6.38, 95%CI 1.17-34.87, $p = 0.032$), and high family relationship levels (aOR = 6.34, 95%CI 1.29-31.30, $p = 0.023$).

Conclusion: Healthcare providers should emphasize the pre-rehabilitation Barthel index, nutritional status, and family relationships when planning patient rehabilitation.

Keywords: stroke, subacute phase, intermediate care, home health care, Barthel index

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการสัมภาษณ์ผ่านแบบสอบถาม

ธณิศา ลิมปกรณกุล, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว, กฤตา เอื้อกฤตาธิการ, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้รับผิดชอบบทความ:

ธณิศา ลิมปกรณกุล, พ.บ.,
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
56 หมู่ 2 ถ.ศรีวิชัย ต.มะขาม
เตี้ย อ.เมืองสุราษฎร์ธานี
จ.สุราษฎร์ธานี 84000,
ประเทศไทย
Email: mhothaniss@gmail.
com

Received: March 13, 2025;

Revised: July 17, 2025;

Accepted: August 20, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพระยะยาวและลดภาระต่อครอบครัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษานี้เป็นแบบ Cross-sectional study ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขต อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี จำนวน 62 ราย ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 6 เดือน ประเมินโดยใช้ดัชนีบาร์ธेल (Barthel Index: BI) ฉบับภาษาไทย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Chi-Square และ Multivariate logistic regression

ผลการศึกษา: จากกลุ่มตัวอย่าง 62 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.23 และเป็นหลอดเลือดสมองตีบร้อยละ 72.58 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับ BI ก่อนฟื้นฟูปานกลางถึงเล็กน้อย ($BI = 11-19$) ($aOR = 9.662$, $95\%CI 1.913-48.780$, $p = 0.006$), การไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ($aOR = 6.38$, $95\%CI 1.17-34.87$, $p = 0.032$) และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับสูง ($aOR = 6.34$, $95\%CI 1.29-31.30$, $p = 0.023$)

สรุป: บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับคะแนนดัชนีบาร์ธेलก่อนการฟื้นฟู ภาวะโภชนาการ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เพื่อนำมาพิจารณาในการวางแผนฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู การดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน ดัชนีบาร์ธेल ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รวมถึงเป็นสาเหตุของความพิการอันดับ 3 ตามข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization: WSO) ปี 2565 พบผู้ป่วยทั่วโลกกว่า 101 ล้านคน มีผู้ป่วยใหม่ 12.2 ล้านคน (เฉลี่ย 1 รายทุก 3 วินาที) เสียชีวิต 6.5 ล้านคน และกว่า 143 ล้านคนมีความพิการจากโรคนี้¹

รายงานสถิติสาธารณสุขปี 2566 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 349,126 ราย และเสียชีวิต 36,214 ราย โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และส่วนใหญ่เป็นผู้เสียชีวิตอายุต่ำกว่า 70 ปี แนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี เช่นเดียวกับอัตราการเสียชีวิต โดยระหว่างปี 2560-2563 พบอัตราการตายต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 48, 47, 53 และ 53 ตามลำดับ²

ผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติและเข้าสู่ระยะกึ่งเฉียบพลันมักยังมีข้อจำกัดทางร่างกาย ส่งผลต่อกิจวัตรประจำวันและการมีส่วนร่วมในสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องโดยเฉพาะใน 6 เดือนแรก ซึ่งเป็นช่วงเวลาทอง (golden period) ของการฟื้นตัวทางระบบประสาทมีความสำคัญอย่างยิ่ง³ การฟื้นฟูต้องดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ (multi-disciplinary approach) ตั้งแต่โรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ ลดความพิการ และช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สังคมได้เต็มศักยภาพ ระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ลดอัตราความพิการ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาว⁴

การฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลาง (intermediate care) ผ่านบริการเยี่ยมบ้านควรได้รับการบริการในรูปแบบของทีมสหวิชาชีพ โดยมีแพทย์และบุคลากรจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Contracted Unit of Primary Care; CUP) หรือ รพ.สต. ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน (out-reach program) ผู้ป่วยที่สมควรได้รับการฟื้นฟู ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะและสมอง (traumatic brain injury) ไหล่หลัง (spinal cord injury) และกระดูกสะโพกหัก (hip fracture) ที่พ้นระยะเฉียบพลัน (acute phase) โดยมี Barthel Index ต่ำกว่า

15 หรือมากกว่า 15 แต่มีภาวะบกพร่องหลายระบบ (multiple impairment) การดูแลระยะกลางในชุมชนเน้นฟื้นฟูอย่างเข้มข้นในเดือนแรก (10-15 ชั่วโมง/เดือน) ติดต่อกันต่อเนื่อง 6 เดือน (รูปที่ 1) ข้อดีคือ ผู้ป่วยได้รับบริการโดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ข้อเสียคือ ต้องอาศัยความร่วมมือจากญาติและผู้ดูแลในการทำกายภาพบำบัดตามคำแนะนำของทีมสหวิชาชีพ⁵

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีใช้ระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน หรือ Smart Continuum Of Care: Smart COC เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าระบบการส่งต่อมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูที่บ้าน 6 เดือน อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยบางรายที่ต้องกลายเป็นผู้ป่วยดูแลระยะยาว (long-term care) หรือเป็นผู้พิการ รวมถึงบางรายที่มีค่า Barthel Index (BI) ลดลง กลายเป็นภาระของครอบครัวและชุมชนหรือเสียชีวิต

จากข้อมูลในโปรแกรม Smart COC พบผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (intermediate care) ทั้งหมดในเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. 2564 และ ปี พ.ศ. 2565 มีจำนวน 153 ราย และ 141 ราย ตามลำดับ เป็นกลุ่มหลอดเลือดสมองมากที่สุด 136 ราย และ 111 ราย ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของโอกาสที่ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพระยะกลาง ในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง จะสามารถกลับมาช่วยเหลือตนเองและกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ หากได้รับการฟื้นฟูที่ดีในช่วง 6 เดือนแรก จึงสนใจปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาปัจจัยที่ควรส่งเสริม และลดปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลลบ ให้เกิดการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลางที่มีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน ในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

โครงการวิจัยเป็นแบบ questionnaire-based research โดยออกแบบการวิจัยเป็นแบบ cross-sectional study ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลาง แบบดูแลที่บ้าน โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นหลักและมีผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมผ่านแบบสอบถาม หลังผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 6 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี ที่ไม่ได้ถ่ายโอนไป อบจ. ทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ รพ.สต.นิคมขุนทะเล สอน.เฉลิมพระเกียรติ มะขามเตี้ย บางชนะ และปากจำแก้ว และในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ทั้ง 5 แห่ง ได้แก่ โพหวาย ดอนนก ศรีวิชัย โพธาราส และ อบจ.

โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเข้าระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้านเพื่อการฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพผ่านโปรแกรม Smart COC (ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 กรกฎาคม 2566) และทางโปรแกรม PRM Referral Network (ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2566 - 29 กุมภาพันธ์ 2567) คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 62 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองที่เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care)
2. ได้เริ่มการฟื้นฟูในช่วงมิถุนายน พ.ศ. 2566 - มิถุนายน พ.ศ. 2567
3. ผู้ป่วยสามารถสื่อสารเข้าใจ และตอบแบบสอบถามผ่านการสัมภาษณ์ได้
4. ผู้ป่วยมีความสมัครใจ และยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการยินยอมด้วยวาจาผ่านทางโทรศัพท์ และให้เซ็นยินยอมโดยผ่านตัวแทน

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเสียชีวิต
2. ย้ายไปนอกเขต รพ.สต. เขตอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี ก่อนได้รับการฟื้นฟูครบ 6 เดือน
3. ไม่สามารถติดต่อเพื่อสัมภาษณ์ผ่านแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index; BI) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA)

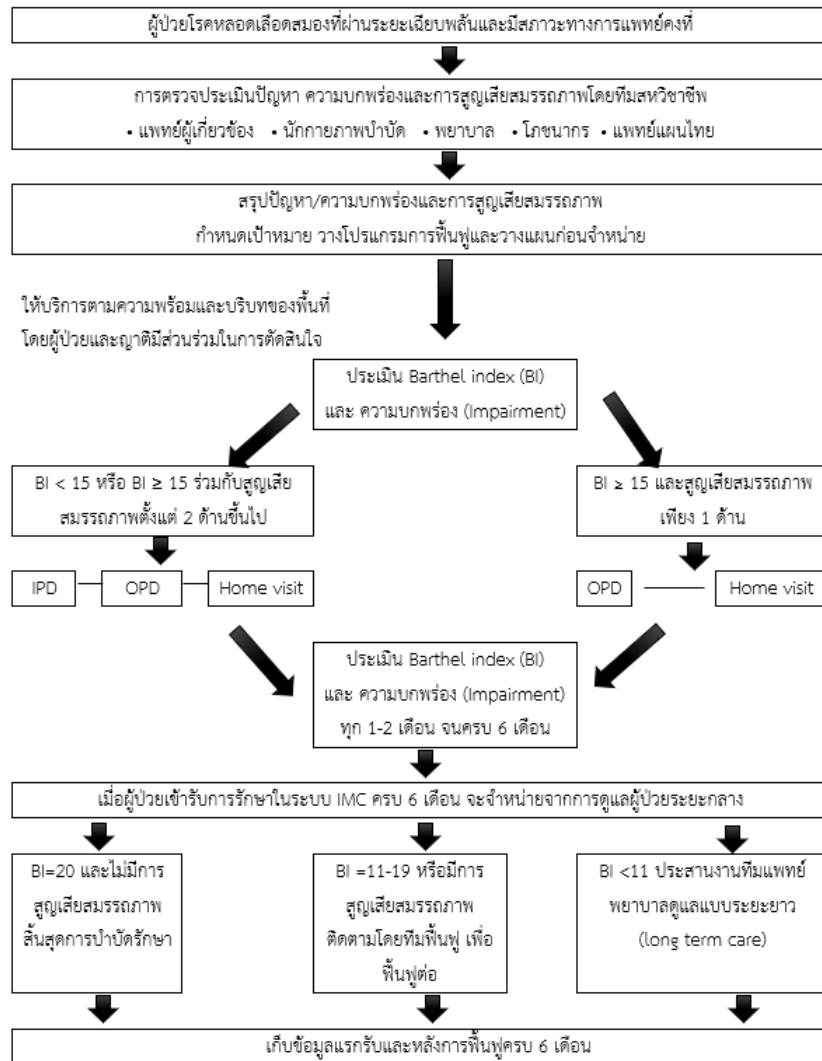
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลด้านครอบครัว สภาพแวดล้อม และสังคม ประกอบด้วย ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านครอบครัว ตอนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตอนที่ 3 แบบสอบถามถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสุขภาพจิต

ส่วนที่ 4 ความเชื่อเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 - 29 กุมภาพันธ์ 2567 โดยดำเนินการสัมภาษณ์หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 6 เดือน ซึ่งมีระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลสัมภาษณ์ระหว่างเดือนสิงหาคม 2566 - สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยทำการโทรศัพท์หาผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมด้วยวาจาและให้เซ็นยินยอมผ่านตัวแทน จากนั้นจึงสัมภาษณ์ผู้ป่วยผ่านแบบสอบถาม เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมด เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป



รูปที่ 1. แนวทางการดูแลระยะกลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรม Stata for Windows วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบสัดส่วนด้วยสถิติ Chi-squared test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (intermediate care; IMC) โรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การวิเคราะห์พหุสัมพันธ์แบบถดถอย (Multivariate logistic regression) นำเสนอค่า odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (95%CI)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รับรองเลขที่ REC

66-0036 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้รหัสตัวเลขแทนการใช้ชื่อผู้ป่วยและการเก็บรักษาข้อมูลในรูปแบบเอกสารและสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่จำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้วิจัย

ผลการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคล

หลังผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 62 ราย ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบ 6 เดือน เพศหญิงร้อยละ 53.23 เพศชาย ร้อยละ 46.77 อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 53.23 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 27.42 มัธยมศึกษา ร้อยละ 25.81 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 82.26 มีคู่สมรสให้การดูแล ร้อยละ 70.97 และใช้ยาสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ร้อยละ 69.35 (ตารางที่ 1)

แบ่งเป็นผู้ป่วยที่สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ปกติ (BI = 20) จำนวน 18 ราย และผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูจำนวน 44 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐาน

พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ให้การดูแล ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา และประวัติการใช้ยา ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูล (n = 62)	BI = 20 (n = 18)	BI < 20 (n = 44)	รวม	p-value
เพศ				
ชาย	8 (44.44)	21 (47.73)	29 (46.77)	0.814
หญิง	10 (55.56)	23 (52.27)	33 (53.23)	
อายุ (ปี)				
< 60	12 (66.67)	21 (47.73)	33 (53.23)	0.175
≥ 60	6 (33.33)	23 (52.27)	29 (46.77)	
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1 (5.56)	6 (13.64)	7 (11.29)	0.110
ประถมศึกษา	6 (33.33)	11 (25.00)	17 (27.42)	
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	2 (11.11)	14 (31.82)	16 (25.81)	
อนุปริญญา	4 (22.22)	10 (22.73)	14 (22.58)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5 (27.78)	3 (6.82)	8 (12.90)	
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7 (38.89)	10 (22.73)	17 (27.42)	0.148
ข้าราชการ	9 (50.00)	14 (31.82)	23 (37.10)	
เกษตรกร	1 (5.56)	12 (27.27)	13 (20.97)	
รับจ้างทั่วไป	1 (5.56)	6 (13.64)	7 (11.29)	
ค้าขาย	0 (0.00)	2 (4.55)	2 (3.23)	
รายได้				
เพียงพอ	16 (88.89)	35 (79.55)	51 (82.26)	0.382
ไม่เพียงพอ	2 (11.11)	9 (20.45)	11 (17.74)	
ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย				
คู่สมรส	12 (66.67)	32 (72.73)	44 (70.97)	0.700
ลูก	2 (11.11)	6 (13.64)	8 (12.90)	
ญาติ	4 (22.22)	6 (13.64)	10 (16.13)	
ประวัติการสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบบุหรี่	14 (77.78)	36 (81.82)	50 (80.65)	0.935
เคยสูบและหยุดสูบ	3 (16.67)	6 (13.64)	9 (14.52)	
ยังสูบบุหรี่อยู่	1 (5.56)	2 (4.55)	3 (4.84)	
ประวัติการดื่มสุรา				
ไม่เคยดื่มสุรา	14 (77.78)	35 (79.55)	49 (79.03)	0.770
เคยดื่มและหยุดดื่มแล้ว	4 (22.22)	8 (18.18)	12 (19.35)	
ยังดื่มสุราอยู่	0 (0.00)	1 (2.27)	1 (1.61)	
ประวัติการใช้ยา				
ไม่ได้ใช้ยาตามแพทย์สั่ง	3 (16.67)	9 (20.45)	12 (19.35)	0.939
ใช้ยาบ้าง	2 (11.11)	5 (11.36)	7 (11.29)	
ใช้ยาสม่ำเสมอ	13 (72.22)	30 (68.18)	43 (69.35)	

BI, Barthel index; BI = 20 คือ ผู้ป่วยที่สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

ตารางที่ 2. ข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูล	BI = 20	BI < 20	รวม	p-value
โรคหลอดเลือดสมอง				
หลอดเลือดสมองตีบ	15 (83.33)	30 (68.18)	45 (72.58)	0.225
หลอดเลือดสมองแตก	3 (16.67)	14 (31.82)	17 (27.42)	
ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS)				
Mild impairment (1-4)	12 (66.67)	11 (25.00)	23 (37.10)	0.002*
Moderate impairment (5-15)	6 (33.33)	33 (75.00)	39 (62.90)	
Barthel index ก่อนฟื้นฟู				
ระดับรุนแรง (BI < 11)	0 (0.00)	6 (13.64)	6 (9.68)	0.069
ระดับปานกลาง (BI = 11-14)	8 (44.44)	9 (20.45)	17 (27.42)	
ระดับเล็กน้อย (BI = 15-19)	10 (55.56)	29 (65.91)	39 (62.90)	
ภาวะขาดสารอาหาร				
ปกติ	13 (72.22)	20 (45.45)	33 (53.23)	0.099
เสี่ยง	3 (16.67)	20 (45.45)	23 (37.10)	
ขาดสารอาหาร	2 (11.11)	4 (9.09)	6 (9.68)	

BI, Barthel index; BI = 20 คือ ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

ข้อมูลด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 72.58 ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ระดับ moderate impairment (5-15) ร้อยละ 62.90 BI ก่อนฟื้นฟูระดับเล็กน้อย (BI = 15-19) ร้อยละ 62.90 ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 53.23 (ตารางที่ 2)

และพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) ก่อนฟื้นฟูแตกต่างกัน ($p = 0.002$) แต่ชนิดโรคหลอดเลือดสมอง BI ก่อนฟื้นฟู และภาวะขาดสารอาหาร ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ข้อมูลด้านครอบครัว สังคม และความเชื่อ

หลังการฟื้นฟูพบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสัมพันธภาพในครอบครัวแตกต่างกัน ($p = 0.008$) โดยกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง ร้อยละ 77.78 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูต่อมีสัมพันธภาพในครอบครัวระดับสูง ร้อยละ 40.91 ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการ ควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับด้านศาสนา และจิตวิญญาณ ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3)

ข้อมูลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ ข้อมูลด้านสุขภาพจิต

ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูสภาพร่างกายก่อนกลับบ้าน จำนวนครั้งเยี่ยมบ้าน ความถี่การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ภาวะเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน

เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษาวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression) พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ Barthel index ก่อนฟื้นฟูระดับปานกลางถึงเล็กน้อย ($aOR=9.66$, 95%CI 1.91- 48.78, $p=0.006$) ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร ($aOR=6.38$, 95%CI 1.17- 34.87, $p=0.032$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ระดับสูง ($aOR=6.34$, 95%CI 1.29- 31.30, $p=0.023$) (ตารางที่ 5 และ 6)

ตารางที่ 3. ข้อมูลด้านครอบครัว สังคม และความเชื่อ

ข้อมูล	BI = 20	BI < 20	รวม	p-value
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และสภาพแวดล้อมของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
ระดับต่ำ	4 (22.22)	26 (59.09)	30 (48.39)	0.008*
ระดับสูง	14 (77.78)	18 (40.91)	32 (51.61)	
แรงสนับสนุนทางสังคม				
ระดับต่ำ	4 (22.22)	9 (20.45)	13 (20.97)	0.877
ระดับสูง	14 (77.78)	35 (79.55)	49 (79.03)	
ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา				
ระดับต่ำ	8 (44.44)	28 (63.64)	36 (58.06)	0.165
ระดับสูง	10 (55.56)	16 (36.36)	26 (41.94)	
ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการจัดการ ควบคุม และอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย				
ระดับต่ำ	5 (27.78)	22 (50.00)	27 (43.55)	0.109
ระดับสูง	13 (72.22)	22 (50.00)	35 (56.45)	
ความเชื่อเกี่ยวกับด้านศาสนา และจิตวิญญาณ				
ระดับต่ำ	5 (27.78)	11 (25.00)	16 (25.81)	0.821
ระดับสูง	13 (72.22)	33 (75.00)	46 (74.19)	

BI, Barthel index; BI = 20 คือ ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

ตารางที่ 4. ข้อมูลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ ข้อมูลด้านสุขภาพจิต

ข้อมูล	BI = 20	BI < 20	รวม	p-value
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูสภาพร่างกายก่อนกลับบ้าน				
ไม่ได้รับ/รับไม่เข้าใจ	6 (33.33)	18 (40.91)	24 (38.71)	0.578
รับเข้าใจ	12 (66.67)	26 (59.09)	38 (61.29)	
ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟูสภาพร่างกายก่อนกลับบ้าน				
ไม่ได้รับ/รับไม่เข้าใจ	4 (22.22)	17 (38.64)	21 (33.87)	0.215
รับเข้าใจ	14 (77.78)	27 (61.36)	41 (66.13)	
จำนวนครั้งเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพรวมถึงการเยี่ยมทาง telemedi- cine ภายใน 6 เดือน				
2-5 ครั้ง	6 (33.33)	20 (45.45)	26 (41.94)	0.380
6-9 ครั้ง	12 (66.67)	24 (54.55)	36 (58.06)	
ผู้ให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลัก				
ตนเอง	4 (22.22)	9 (20.45)	13 (20.97)	0.800
คู่สมรส	8 (44.44)	26 (59.09)	34 (54.84)	
ลูก	2 (11.11)	4 (9.09)	6 (9.68)	
ญาติ	3 (16.67)	4 (9.09)	7 (11.29)	
บุคลากรการแพทย์	1 (5.56)	1 (2.27)	2 (3.23)	
ความถี่การฟื้นฟูสภาพร่างกาย				
ทุกวัน	11 (61.11)	24 (54.55)	35 (56.45)	0.851
3-5 วันต่ออาทิตย์	4 (22.22)	10 (22.73)	14 (22.58)	
น้อยกว่า 3 วันต่ออาทิตย์	3 (16.67)	10 (22.73)	13 (20.97)	
ภาวะเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง				
ไม่พบ	16 (88.89)	40 (90.91)	56 (90.32)	0.807
พบ	2 (11.11)	4 (9.09)	6 (9.68)	

BI, Barthel index; BI = 20 คือ ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

ตารางที่ 5. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน

ตัวแปร (N = 62)	Univariate Model		
	OR	95%CI	p-value
อายุ ≥60 ปี	0.46	0.15-1.43	0.179
NIHSS: Mild Impairment (1-4)	6.00	1.82-19.80	0.003*
BI ก่อนฟื้นฟูระดับปานกลางถึงเล็กน้อย	7.80	2.26-26.86	0.001*
ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร	3.12	0.95-10.25	0.061
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ระดับสูง	5.06	1.43-17.88	0.012*
แรงสนับสนุนทางสังคม ระดับสูง	0.90	0.24-3.41	0.877
ความเชื่อเกี่ยวกับการหายและการรักษา ระดับสูง	2.19	0.72-6.67	0.169
ความเชื่อเกี่ยวกับการจัดการการเจ็บป่วย ระดับสูง	2.6	0.79-8.54	0.115
ความเชื่อด้านศาสนา ระดับสูง	0.87	0.25-2.98	0.821
ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟู	1.38	0.44-4.37	0.579
ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการฟื้นฟู	2.20	0.62-7.82	0.221
เยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ 6-9 ครั้ง	1.67	0.53-5.24	0.382

BI, Barthel index; BI = 20 คือ ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ปกติ

ตารางที่ 6. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในช่วงฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบดูแลที่บ้าน เมื่อนำตัวแปรที่ศึกษามาวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (multiple logistic regression)

ตัวแปร (N62)	Multivariate Model		
	aOR	95%CI	p-value
NIHSS: Mild Impairment (1-4)	4.23	0.97- 18.53	0.056
BI ก่อนฟื้นฟูระดับปานกลางถึงเล็กน้อย	9.66	1.91- 48.78	0.006*
ไม่มีภาวะขาดสารอาหาร	6.38	1.17- 34.87	0.032*
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ระดับสูง	6.34	1.29- 31.30	0.023*

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับ Barthel Index ก่อนการฟื้นฟูภาวะโภชนาการ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

ผู้ป่วยที่มี BI ระดับปานกลางถึงเล็กน้อย (BI = 11-19) มีโอกาสฟื้นฟูได้ดีกว่าผู้ที่มี BI < 11 ถึง 9.66 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกณฐา ตัญดา และคณะ⁷ อย่างไรก็ตาม การใช้ Barthel Index เพียงอย่างเดียวอาจไม่ครอบคลุมกิจกรรมที่มีความซับซ้อน จึงอาจประเมิน IADL ร่วมด้วย เพื่อให้เห็นข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น โดย Ghaffari และคณะพบว่า BADL มีความ

สัมพันธ์กับ IADL และเป็นปัจจัยทำนายสำคัญของความสามารถด้าน IADL ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁸

ด้านภาวะโภชนาการ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะขาดสารอาหารมีโอกาสฟื้นฟูได้ดีขึ้น 6.38 เท่า สอดคล้องกับงานวิจัยของนันทพร ทองเต็ม⁹ และ Liu et al.¹⁰ ซึ่งพบว่าภาวะทุพโภชนาการสัมพันธ์กับความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายและการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง ดังนั้น การคัดกรองและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจึงมีความสำคัญต่อการฟื้นฟู

สำหรับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีมีโอกาสฟื้นฟูสูงกว่า 6.34 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนพร สายตรี¹¹ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการ

ดูแลและการสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการฟื้นฟู ดังนั้น ครอบครัวและผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

แม้หลายการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูหรือทำกายภาพบำบัดบ่อยครั้งช่วยให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น แต่การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน อาจเนื่องจากผู้ที่ได้รับการฟื้นฟูมากมีความรุนแรงของโรครุนแรงกว่า หรือผู้ดูแลอาจขาดความรู้และทักษะในการฟื้นฟูที่เหมาะสม

จำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพก็ไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจน อาจเกิดจากข้อจำกัดในการเยี่ยมบ้าน เช่น ความไม่สะดวกของผู้ป่วยหรือครอบครัว และข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (tele-medicine) นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ เพศ ภาวะแทรกซ้อน โรคประจำตัว⁷ อายุ ระดับการศึกษา สภาพครอบครัว ตำแหน่งของรอยโรค และกำลังกล้ามเนื้อแขนขาภายหลังเกิดโรค¹¹ การเข้าใจปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้นักวิชาการทางการแพทย์สามารถวางแผนและกำหนดเป้าหมายการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมภาวะโภชนาการและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ทีมสหวิชาชีพควรให้ความสำคัญกับ Barthel index ก่อนฟื้นฟู ภาวะขาดสารอาหาร และสัมพันธภาพในครอบครัว และจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย สนับสนุนการจัดการตนเองทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดภาวะพึ่งพา โดยเน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษา การวางแผนเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน

2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ผ่านการประเมินความพร้อมเชิงระบบ (เช่น ความสัมพันธ์

ในครอบครัวก่อนและหลังการดูแล IMC) ซึ่งเป็นประเด็นที่งานวิจัยนี้เสนอเพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติเดิม โดยเสนอให้มีเครื่องมือหรือแนวทางการประเมินครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านและติดตามผลในระยะ IMC หลังจำหน่าย

3. ควรส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยการคัดกรองและจัดการความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย ตั้งแต่วินิจฉัยรักษา และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

4. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการจัดรูปแบบบริการการฟื้นฟูแต่ละรูปแบบว่ามีความเหมาะสมกับบริบท และลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างไร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้าถึงรูปแบบบริการที่เหมาะสม และส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น

5. ควรดำเนินการศึกษาแบบ multi-setting study โดยมีการเปรียบเทียบผลการฟื้นฟูในบริบทต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน การดูแลที่บ้าน เพื่อประเมินว่าแต่ละรูปแบบเหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มใดมากที่สุด และส่งเสริมการประสานงานกับชุมชน อปท. และภาคีเครือข่าย เช่น อสม. รพ.สต. องค์กรท้องถิ่น เพื่อสร้างระบบการฟื้นฟูแบบยั่งยืนในชุมชน โดยเน้นการเสริมศักยภาพผู้ดูแล การติดตามภาวะโภชนาการ และการประเมินสภาพครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

สรุป

การศึกษานี้มุ่งเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบการดูแลที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง โดยมีผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง และใช้การประเมินตามมาตรฐานของสถาบันประสาทวิทยา ซึ่งแนะนำให้ฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 2 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 วัน⁶

ผลการวิเคราะห์ด้วย Chi-square test พบว่า ผู้ป่วยที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมีแนวโน้มฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.008$)

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ ระดับ Barthel Index (BI) ก่อนการฟื้นฟู ภาวะโภชนาการ และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยผู้ป่วยที่มี BI ระดับปานกลางถึงเล็กน้อย (BI = 11–19) มีโอกาสฟื้นฟูได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มี BI < 11 จำนวน 9.66 เท่า ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะขาดสารอาหารมีโอกาสฟื้นฟูได้ดีขึ้น 6.38 เท่า และผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีมีโอกาสฟื้นฟูได้ดีกว่า 6.34 เท่า

อย่างไรก็ตาม ความถี่ในการฟื้นฟูและจำนวนครั้งในการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับผลการฟื้นฟู

โดยสรุป ระดับความสามารถก่อนการฟื้นฟู ภาวะโภชนาการ และสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับการประเมินสมรรถภาพ การป้องกันภาวะทุพโภชนาการ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Highlight

1. Barthel Index ก่อนฟื้นฟูสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้าน ADL
2. ภาวะโภชนาการที่ดีสัมพันธ์กับการฟื้นตัวของ ADL
3. สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีสนับสนุนการฟื้นตัวของ ADL

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้อำนวยความสะดวกให้เข้าถึงข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ได้ให้คำปรึกษาตลอดการทำการวิจัย และชี้แนะแนวทางทุกขั้นตอนในการทำวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2022 [Internet] [cited 2023 Feb 10]. Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Global_Stroke_Fact_Sheet.pdf
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566 Together we are Greater Than Stroke [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 14 ก.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?deptcode=brc&news=37914&news_views=4068&utm_source=chatgpt.com
3. วาริสา ทรัพย์ประดิษฐ์, ขวัญประชา เขียงไชยสกุลไทย, นภาพร สามภักดิ์, ชัชวาลย์ สนธิกุล. จำนวนชั่วโมงกายภาพบำบัดที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน. วารสารกายภาพบำบัด 2565;44:1-11.
4. จามจุรีย์ เลิศจันทร์. โครงการพัฒนาระบบบริการ การบริหารฟื้นฟูผู้ป่วย ระยะกลาง (Intermediate Care) จังหวัดเชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต] 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://thesecsi.net/SECSICMU/r_pdf/r2.pdf
5. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community). นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
6. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส; 2559.
7. กณฐา ดุ้ยดา, พชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนจสัถย์เชื้อ, ทศนีย์ รวีวรกุล. ปัจจัยทำนายความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31(พิเศษ):28-42.
8. Ghaffari A, Rostami HR, Akbarfahimi M. Predictors of instrumental activities of daily living performance in patients with stroke. Occup Ther Int. 2021;2021:6675680. PubMed PMID: 33727902
9. นันทพร ทองเต็ม, วิมลรัตน์ ภูวราชฉินพานิช, ศรีธยา คูสิตามงคล. ปัจจัยที่ทำนายกิจกรรมการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์แห่งประเทศไทย 2565;40:76-89.
10. Liu J, Dong J, Guo J. The effects of nutrition supplement on rehabilitation for patients with stroke: analysis based on 16 randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2022;101(37):e29651. PubMed PMID: 36123946
11. รัตนพร สายตรี, ปุณณพัฒน์ ไชยเมล์, สมเกียรติยศ วรเดช. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 5:1-13.