

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบใน
ชุมชนของผู้สูงอายุอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Effectiveness of a Health Belief Model-Based Intervention on Pneumonia Infection
Prevention Behaviors among Community-Dwelling Older Adults in Ban Phai District,
Khon Kaen Province.

(Received: March 13,2026 ; Revised: March 19,2026 ; Accepted: March 23,2026)

ยุภาพร ยะอูบ¹

Yupaporn Ya-ooop¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน กลุ่มควบคุม 28 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโดยใช้สถิติ Paired t – test และ Independence T – Test เนื่องจากผลการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro–Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$)

ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบภายในกลุ่มทดลองและหลังก่อนทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ, สูงอายุ, โรคปอดอักเสบ

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of a health belief promotion program on pneumonia infection prevention behaviors among elderly people in the community of Ban Phai District, Khon Kaen Province. The sample consisted of elderly patients with pneumonia who were admitted as inpatients at Ban Phai Hospital, Ban Phai District, Khon Kaen Province. The sample size was determined using the G*Power program, yielding a total of 56 participants, with 28 individuals in the experimental group and 28 in the control group. Participants were selected using purposive sampling.

Data were collected using the Health Belief Questionnaire, Self-Efficacy Perception Questionnaire, and Pneumonia Infection Prevention Behavior Questionnaire for community settings. The Cronbach's alpha coefficients were .76, .82, and .92, respectively. Data analysis of health beliefs, self-efficacy perception, and infection prevention behaviors within the experimental and control groups before and after the intervention was conducted using paired t-tests and independent t-tests. The Shapiro–Wilk test indicated that the data were normally distributed ($p > .05$).

The study results showed that health beliefs, perceived self-efficacy, and community-based pneumonia prevention behaviors among elderly pneumonia patients in the experimental group (before and after the intervention) were significantly better than in the control group (before and after the intervention) at a statistical significance level of 0.05.

Keywords: Health Belief Model, Community-Dwelling Older Adults, pneumonia.

¹ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

บทนำ

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออัตราป่วยและอัตราการตายทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันและความสามารถในการปรับตัวทางสรีรวิทยาาลดลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลวหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งนำไปสู่การเข้ารับการรักษาซ้ำและภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น^{1,2} ในบริบทของโรคปอดอักเสบในชุมชน (Community-acquired pneumonia) แม้การรักษาทางการแพทย์จะมีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่การป้องกันยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถลดการเกิดโรคและการกลับเป็นซ้ำได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เช่น การปฏิบัติตามแผนการรักษา การดูแลสุขอนามัย การออกกำลังกาย และการรับวัคซีน อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งยังขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันยังไม่เหมาะสม³ พฤติกรรมสุขภาพไม่ได้เกิดจากความรู้เพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากกระบวนการรับรู้ ความเชื่อ และแรงจูงใจภายในบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค รวมถึงสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ^{4,5} นอกจากนี้ แนวคิด Social Cognitive Theory ของ Bandura ยังเสนอว่า self-efficacy หรือการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการเริ่มต้นและความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ⁶

โดยจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพิ่มจากประมาณ 231,105 รายในปี พ.ศ.2565 เป็น 294,322 รายในปี พ.ศ.2566 และเพิ่มสูงขึ้นถึง

398,201 รายในปี พ.ศ.2567 ซึ่งสะท้อนแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 3 ปีล่าสุด⁷ ในบริบทประเทศไทย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วงร้อยละ 12-30 ซึ่งสะท้อนถึงความรุนแรงของโรคและความจำเป็นในการป้องกันในระดับชุมชน (Thai hospital study) โดยผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญสูงสุดในการป้องกันโรคปอดอักเสบ เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตและความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ ≥ 80 ปี ซึ่งมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มวัยอื่นอย่างชัดเจน⁸ นอกจากนี้โรคปอดอักเสบยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ⁹ และมีหลักฐานสนับสนุนว่าภาวะการเสื่อมถอยตามวัยส่งผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกแยลงอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ อย่างไรก็ตามผลกระทบของโรคปอดอักเสบไม่ได้จำกัดเฉพาะด้านสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเพิ่มภาระต่อระบบบริการสุขภาพ โดยพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.09 วัน และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 8,724.05 บาทต่อราย ส่งผลให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มภาระงานบุคลากร และสร้างภาระทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวและประเทศ ดังนั้นการพัฒนาแนวทางป้องกันที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดอัตราการป่วย การเสียชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ^{11, 12}

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประยุกต์ใช้ HBM ร่วมกับ Social Cognitive Theory สามารถช่วยออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง สร้างแรงจูงใจ และเสริมพลังอำนาจให้ผู้รับบริการ ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน^{5,6} ตัวอย่างเช่น การศึกษาด้านการป้องกัน COVID-19 และการดูแลโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุพบว่าโปรแกรมที่พัฒนาบนพื้นฐานความเชื่อด้านสุขภาพสามารถเพิ่มระดับการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ¹³ การรับรู้ความรุนแรงของโรค

และประโยชน์ของการป้องกันโรคพบว่าส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หรือโรคติดเชื้อในระดับต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{14,15} อย่างไรก็ตามการศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้บูรณาการกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างเป็นระบบเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบริบทโรงพยาบาลชุมชนไทย

เห็นได้ว่า แม้ว่าการรักษาโรคปอดอักเสบในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าทางการแพทย์และสามารถลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังคงพบปัญหาสำคัญในช่วงหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้การปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกัน เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขอนามัย การออกกำลังกาย และการเข้ารับวัคซีน ยังอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ปัญหาดังกล่าวนำไปสู่การกลับเป็นซ้ำของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำที่เพิ่มขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดภาระต่อระบบบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุยังเผชิญข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคที่ไม่เพียงพอ ความเชื่อด้านสุขภาพที่คลาดเคลื่อน การขาดแรงจูงใจภายใน และระดับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ต่ำ ส่งผลให้แม้ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลความรู้จากบุคลากรสาธารณสุข แต่ยังไม่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างแท้จริง จึงสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างการรักษาทางการแพทย์กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุประกอบกับในบริบทของอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นในปี 2567 มีอัตราการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำสูงถึงร้อยละ 37 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อรายสูงถึง 12,000

บาท ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 ครั้ง และระยะเวลาในการนอนเฉลี่ยสูงถึง 6 วัน จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ผลจากการศึกษาจะนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุและลดภาระโรคในระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบของกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งมีการวัดก่อนทดลองก่อนเริ่มโปรแกรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 และหลังทดลองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นระหว่างเดือนกุมภาพันธ์- พฤษภาคม 2568 ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive random sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) $\alpha = .05$ กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ .80 และขนาดอิทธิพล (Effect size) $d = .80$ (ขนาดกลาง) อ้างอิงงานวิจัยของวารรัตน์ เหล่าสูง และคณะ¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่าง 51 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Beck)¹⁷ ดังนั้นในการศึกษานี้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 56 คน กำหนดเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก

1. เป็นผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่รับบริการแบบผู้ป่วยใน (Inpatient) มีระยะที่อาการคงที่ ไม่มีภาวะฉุกเฉิน และอยู่ในแผนการเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน
2. มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ต่ำกว่า 3.66
3. มีอายุตั้งแต่ 60 – 75 ปี
4. สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายได้
5. มีบุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างน้อย 1 คนที่สามารถให้การดูแล สนับสนุน และช่วยติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านได้
6. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ สามารถตอบแบบสอบถาม และซักถามข้อสงสัยกับผู้วิจัย/พยาบาลได้อย่างชัดเจน
7. สมารถใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent) ด้วยความสมัครใจ

8. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการติดตามและประเมินผลตามแผนการวิจัยได้ พร้อมให้ความร่วมมือในการติดตามผลหลังจำหน่าย

9. มีค่า Oxygen saturation (SpO₂) อยู่ในเกณฑ์คือ 92 – 94% ขณะพัก และ 94 – 96% ขณะให้ออกซิเจนเสริม

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จากโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลว หรือ sepsis ที่อาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง

2. เข้าร่วมโครงการไม่ต่อเนื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการเป็นโรคปอดอักเสบ และประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันปอดอักเสบ

2. แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพโดยผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามของ ศศิธร เสงี่ยมูฮวด¹⁵ มีจำนวน 13 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าคะแนนตั้งแต่ 4.20 - 5.00

หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ค่าคะแนนตั้งแต่ 3.40 - 4.19

หมายถึง เห็นด้วย

ค่าคะแนนตั้งแต่ 2.60 - 3.39

หมายถึง ไม่แน่ใจ

ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.80 - 2.59

หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 1.79

หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ สำหรับการจัดกลุ่มได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ¹⁵ ผู้วิจัยแปลผลคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1-2.33 คะแนน ถือว่า
คะแนนอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน
ถือว่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.0 คะแนน ถือ
ว่าคะแนนอยู่ในระดับสูง

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
โดยผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามของ ศศิธร เสงี่ยมูฮวด¹⁵
มีจำนวน 10 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าคะแนนตั้งแต่ 4.20 - 5.00 หมายถึง
เชื่อมั่นมากที่สุด

ค่าคะแนนตั้งแต่ 3.40 - 4.19 หมายถึง
เชื่อมั่นมาก

ค่าคะแนนตั้งแต่ 2.60 - 3.39 หมายถึง
เชื่อมั่นปานกลาง

ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.80 - 2.59 หมายถึง
เชื่อมั่นน้อย

ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 1.79 หมายถึง ไม่
มั่นใจเลย

การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ สำหรับการจับกลุ่มได้
แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ¹⁵ ผู้วิจัยแปลผล
คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1-2.33 คะแนน ถือว่า
คะแนนการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน
ถือว่าคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.0 คะแนน ถือ
ว่าคะแนนการรับรู้อยู่ในระดับสูง

4. แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการ
ติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุ โดย
ผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามของ ศศิธร เสงี่ยมูฮวด¹⁵ มี
จำนวน 10 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

ค่าคะแนนตั้งแต่ 4.20 - 5.00 หมายถึง
ปฏิบัติทุกวัน

ค่าคะแนนตั้งแต่ 3.40 - 4.19 หมายถึง 4-5
วันต่อสัปดาห์

ค่าคะแนนตั้งแต่ 2.60 - 3.39 หมายถึง 2-3
วันต่อสัปดาห์

ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.80 - 2.59 หมายถึง 1
วันต่อสัปดาห์

ค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 - 1.79 หมายถึง ไม่
เคยปฏิบัติ

การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่ง
ตนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ สำหรับการจับกลุ่มได้
แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ¹⁵ ผู้วิจัยแปลผล
คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1-2.33 คะแนน ถือว่า
คะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34-3.66 คะแนน
ถือว่าคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.0 คะแนน ถือ
ว่าคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อ
พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบใน
ชุมชนของผู้สูงอายุ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
ผู้วิจัยประยุกต์จากโปรแกรมของ ศศิธร เสงี่ยมูฮวด¹⁵
โดยจัดกิจกรรมตามองค์ประกอบของแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 กิจกรรม
ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมส่งเสริมการ
รับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ
ดำเนินการภายหลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษา
แบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัด
ขอนแก่นใช้เวลาประมาณ 20 นาที โดยผู้วิจัยเริ่ม
จากการกล่าวทักทายและสร้างสัมพันธภาพ
จากนั้นดำเนินการกิจกรรมรายบุคคลตามโปรแกรม
ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความ
เชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ
พฤติกรรมการป้องกันโรคปอดอักเสบ พร้อม
นำเสนอผลการประเมินเป็นรายบุคคลเพื่อกระตุ้น
การสะท้อนคิดและการรับรู้ความเสี่ยง นำเสนอสื่อ
โปสเตอร์เรื่อง “รู้ทันกันโรคปอดอักเสบ” เพื่อ

ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรค รวมถึงร่วมวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ และภาวะแทรกซ้อน พร้อมมอบแผ่นพับคู่มือการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและนัดหมายการติดตามในสัปดาห์ถัดไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และการกระตุ้นเตือน โดยผู้วิจัยเข้าพบที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ หรือโทรติดตามในกรณีที่ไม่มาตามนัด ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ดำเนินการประเมินความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง ทบทวนความรู้จากแผ่นพับ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันโรค ชวนให้วิเคราะห์และสะท้อนคิดถึงการปฏิบัติของตนเอง ทบทวนปัญหาและอุปสรรคที่พบ พร้อมร่วมกันวางแผนแก้ไข กระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล) เป็นกิจกรรมส่งเสริมการลดอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยผู้วิจัยเข้าพบที่คลินิกโรคทางเดินหายใจหรือโทรติดตาม ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ดำเนินการประเมินความพร้อมสอบถามและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ทบทวนความรู้ตามคู่มือ และกระตุ้นเตือนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและกิจกรรมทางกาย การล้างมือ การใช้หน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด และการปฏิบัติตามแผนการรักษา พร้อมให้กำลังใจและนัดหมายครั้งถัดไป

กิจกรรมครั้งที่ 4 เป็นการสรุปผลการดำเนินโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่คลินิกโรคทางเดินหายใจ ทบทวนและวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้กำลังใจและชื่นชมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จากนั้นให้ตอบแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการโรคปอดอักเสบเพื่อ

ประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม และแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถมาตามนัดได้ ผู้วิจัยดำเนินการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินผลแทน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเสนอแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัย 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคในชุมชน 1 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมและครอบคลุมของข้อความ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการทดสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ไม่ต่ำกว่า 0.8 (Polit & Beck, 2017)¹⁷ โดยวิเคราะห์ค่า IOC (Index of Item – Objective Congruence) และแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ ได้ค่าเท่ากับ .92, .86 และ .88 ตามลำดับผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอักเสบในชุมชนในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างและมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ .76, .82 และ .92 ตามลำดับ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t – Test เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมป้องกันการติด

เชื้อระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > .05$) จึงเลือกใช้สถิติ independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยยึดหลักความเคารพในบุคคล คำนึงและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีอิสระในการตัดสินใจและให้ยินยอม ให้ความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับ หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานบัณฑิตศึกษา วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2568 โครงการวิจัย เลขที่ HE6802002

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนทั้งหมด 56 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 28 คน เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 51.79 และเพศหญิง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 48.21 โดยการกระจายตัวของเพศในทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกัน

ด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61 ปีขึ้นไป จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 46.43 รองลงมา คือช่วงอายุ 41-60 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 41.07 และช่วงอายุ 18-40 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 12.50 ซึ่งสะท้อนลักษณะของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่พบได้มากในผู้สูงอายุ

ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 44.64 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 33.93 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 21.43 ด้านสถานภาพสมรส พบว่าส่วนใหญ่

มีสถานภาพสมรส จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 69.64 รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 16.07 และหม้ายหรือหย่า จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 14.29

เมื่อพิจารณารายได้ต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาคือรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 33.93 และรายได้มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 28.57 ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 30.36

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติสูบบุหรี่ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 41.07 และไม่เคยสูบบุหรี่ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 58.93 ขณะที่ประวัติการดื่มสุรา พบว่ามีผู้ดื่มสุรา จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 44.64 และไม่ดื่มสุรา จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 55.36 นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 69.64 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 80.36

โดยภาพรวม ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความเท่าเทียมกันในด้านลักษณะทั่วไปก่อนการทดลอง

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังก่อนทดลอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองหลังทดลอง (Mean= 4.35 , SD= 0.38) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean= 3.12, SD= 0.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ส่วนกลุ่มควบคุม หลังทดลอง (Mean= 3.15, SD= 0.42)

และก่อนการทดลอง (Mean= 3.10, SD= 0.44) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .418$

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า กลุ่มทดลองหลังทดลอง (Mean= 4.28, SD= 0.40) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean= 3.05, SD= 0.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ กลุ่มควบคุมหลังทดลอง (Mean= 3.08, SD= 0.46) และก่อนการทดลอง (Mean= 3.02, SD= 0.48) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .355$

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ พบว่า กลุ่มทดลองหลังทดลอง (Mean= 4.41, SD= 0.36) สูงกว่าก่อนทดลอง (Mean= 3.18, SD= 0.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ กลุ่มควบคุมหลังทดลอง (Mean= 3.20, SD= 0.43) และก่อนการทดลอง (Mean= 3.16, SD= 0.41) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .509$

3. ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนระหว่างผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 3.12 SD= 0.41) และกลุ่มควบคุม (Mean= 3.10, SD=0.44) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .857$ หลังทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 4.35, SD=0.38) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 3.15, SD=0.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 3.05, SD= 0.46) กลุ่มควบคุม (Mean= 3.02, SD=0.48) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .818$ หลังทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 4.28, SD=0.40) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 3.08, SD=0.46) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอด

อักเสบในชุมชนของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 3.18, SD= 0.39) กลุ่มควบคุม (Mean= 3.16, SD=0.41) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = .849$ หลังทดลอง กลุ่มทดลอง (Mean= 4.41, SD=0.36) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (Mean= 3.20, SD=0.43) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสมมติฐานที่ 1 พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญอภิปรายได้ว่า

1) ความเชื่อด้านสุขภาพที่สูงขึ้นอาจเป็นเพราะว่า กิจกรรมในโปรแกรมสามารถปรับเปลี่ยนโครงสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ โดยสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งอธิบายว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ การที่ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคปอดอักเสบและผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดการประเมินภัยคุกคาม (threat appraisal) ใหม่ ส่งผลให้ความตระหนักและทัศนคติต่อการป้องกันโรคเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การเน้นประโยชน์ของพฤติกรรมและการช่วยลดอุปสรรคในการปฏิบัติยังช่วยเปลี่ยนสมดุลระหว่าง perceived benefits และ perceived barriers ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับปณวัตร สันประโคน และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับพรรณิ ยาทัม¹⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดหลังได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื่อมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง

การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสสูงาก่อนทดลอง

2) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy)

ผลการวิจัยที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง สะท้อนบทบาทสำคัญของ self-efficacy ในฐานะตัวแปรตัวกลาง (mediator) ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมจริงตามแนวคิดของ Bandura การที่โปรแกรมมีการฝึกปฏิบัติจริง การให้ feedback และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ช่วยสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ (mastery experience) ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญของการพัฒนา self-efficacy เมื่อผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองสามารถดำเนินพฤติกรรมป้องกันได้ ความตั้งใจในการปฏิบัติจะเพิ่มขึ้นและลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสามารถของตน นอกจากนี้ self-efficacy ยังช่วยให้บุคคลคงพฤติกรรมสุขภาพไว้ในระยะยาว อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาว่าการเพิ่มขึ้นของ self-efficacy อาจขึ้นกับความต่อเนื่องของการสนับสนุน หากไม่มีการติดตามต่อเนื่องระดับความเชื่อมั่นอาจลดลงเมื่อเวลาผ่านไป สอดคล้องกับปณวัตร สันประโคน และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

3) พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชน (Preventive behaviors)

การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมป้องกันหลังการทดลองสะท้อนกระบวนการเปลี่ยนแปลงเชิงลำดับจากการรับรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง โดยเมื่อความเชื่อด้านสุขภาพและ self-efficacy เพิ่มขึ้น จะช่วยส่งเสริม intention และ behavioral enactment ตามกรอบแนวคิด HBM ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมที่เพิ่มขึ้นอาจรวมถึงการดูแลสุขภาพอนามัย การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถ

เชื่อมโยงองค์ความรู้สู่การปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม ในเชิงวิพากษ์ ควรพิจารณาปัจจัยบริบท เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว วัฒนธรรมชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งอาจมีบทบาทร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรม นอกเหนือจากผลของโปรแกรมโดยตรง สอดคล้องกับอารีย์รัตน์ เปสูงเนินและคณะ²⁰ ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง สอดคล้องกับพรรณี ยาท้วม¹⁹ ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดหลังได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อมีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัยสมมติฐานที่ 2 พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลตามปกติ ความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การแทรกแซงที่ออกแบบบนฐานทฤษฎีมีบทบาทสำคัญในการปรับการรับรู้และสร้างแรงจูงใจภายในที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1. ด้านความเชื่อด้านสุขภาพ การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมสามารถอธิบายได้ว่าการเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคช่วยกระตุ้นให้บุคคลประเมินภัยคุกคามด้านสุขภาพใหม่ (threat reappraisal) ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่เอื้อต่อการป้องกันโรคมมากขึ้น ขณะที่กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอาจไม่ได้รับกระบวนการเรียนรู้เชิงโต้ตอบหรือการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีระดับการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับปณวัตร สันประโคน และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง

ความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอธิบายได้ว่ากิจกรรมที่เน้นการฝึกทักษะ การให้คำแนะนำ และการสนับสนุนเชิงสังคมในกลุ่มทดลองช่วยสร้างประสบการณ์ความสำเร็จ (mastery experience) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนา self-efficacy ตามแนวคิดการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) เมื่อผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้มีความพร้อมในการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ขาดประสบการณ์เชิงปฏิบัติและการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับปมวัตร สัน ประโคน และคณะ¹⁸ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

3. ด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชน การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอธิบายได้ว่า การปรับความเชื่อด้านสุขภาพช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ขณะที่การเพิ่ม self-efficacy ทำหน้าที่เป็นตัวกลางสำคัญที่เชื่อมโยงระหว่างความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติจริง ส่งผลให้กลุ่มทดลองสามารถนำพฤติกรรมป้องกันไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การดูแลสุขอนามัย การป้องกัน

การติดเชื้อทางเดินหายใจ และการลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชน สอดคล้องกับชไมพร จันจ้อย²¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด19) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคปอดอักเสบในชุมชนของผู้สูงอายุ อำเภอ บ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่นได้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรที่ปฏิบัติการด้านการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนควรนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน โรคปอดอักเสบในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้มีการจัดทำโปรแกรมในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพโดยใช้แผ่นพับ การวิจัยครั้งต่อไปควรจัดทำคู่มือหรือ แอปพลิเคชันสำหรับสมาร์ต

โฟนตามความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารอ้างอิง

- 1.Niederman, M. S., & Torres, A. (2022). Severe community-acquired pneumonia. *European Respiratory Review*, 31(166), 220123. <https://doi.org/10.1183/16000617.0123-2022>
- 2.Weyand, C. M., & Goronzy, J. J. (2016). Immunosenescence and immune aging: mechanisms and clinical implications.
- 3.Barakat, A. M., & Kasemy, Z. A. (2020). Preventive health behaviors and health belief model constructs among older adults: Implications for infection prevention strategies. *Journal of Public Health Research*, 9(3), 1783. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1783>
- 4.Becker, 1974) Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal health behavior*. Slack.
- 5.Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354–386.
- 6.Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.

- 7.ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) กระทรวงสาธารณสุขจังหวัด. ข้อมูลสถานะสุขภาพ/ สาเหตุการป่วยตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 22 ก.พ. 2568].
- 8.Suraseranivong R. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ GMSMJ [อินเทอร์เน็ต]. 7 พฤษภาคม 2565 [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2568];2(2):129-40. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/gmsmj/article/view/257677>
- 9.Rujipas Sirijatuphat, Yupin Suputtamongkol, Nasikarn Angkasekwinae , Navin Horthongkham, Methee Chayakulkeeree, Pinyo Rattanaumpawan. Epidemiology, clinical characteristics, and treatment outcomes of patients with COVID-19 at Thailand’s university-based referral hospital. Sirijatuphat et al. BMC Infectious Diseases (2021) 21:382 <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06081-z>
- 10.Zhang, X., Author, Y., & Author, Z. (2024). Title of the article. Journal Name, volume(issue), page–page. <https://doi.org/xxxx>
11. Sakboonyarat, B., Poovieng, J., Jongcherdchootrakul, K., Srisawat, P., Hatthachote, P., Mungthin, M., & Rangsin, R. (2022). Prevalence of hypertriglyceridemia among Royal Thai Army personnel and its related cardiometabolic risk factors, from 2017 to 2021. BMC Public Health, 22(1), 1569. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13992-2>
- 12.ชาติชาย สุภีแดน, เยาวรัตน์ มัชฌิม, เบญญพร บรรณสาร.(2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปฏิบัติการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อปอดอักเสบที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 14(3); 36-47
- 13.ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ และพูนสุข ช่วยทอง. (2566) . ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน. วารสารการพยาบาล, 25(1), 26–38.
- 14.เพ็ญศรี หงส์พานิช. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี ประเทศไทย. วารสารวิชาการสถาบันการจัดการแห่งแปซิฟิก, 7(3), 174-185.
- 15.ศศิธร แข่งยู่ววด. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- 16.วารรัตน์ เหล่าสูง. (2562). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 12(4), 32-45.
- 17.Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.). Wolters Kluwer.
- 18.อรนุช ชูศรี, ปณวัตร สันประโคน, ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. (2568). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2561;34(3):77-88.
- 19.พรรณี ยาทัม. (2567). ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโรคปอด. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข, 2(2), 94–104. สืบค้น จาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/AJHSD/article/view/2867>
- 20.อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน สุนิสา คำขึ้น, & นฤมล เปรมาสวัสดิ์(2025). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 19(2), 600–616. สืบค้น จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/273321>
- 21.ชไมพร จันจ้อย, วารี กังใจ, พรชัย จุลเมตต์. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 10(2); 196-207