

การศึกษาระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ประเทศไทย

A study Level of Dysphagia in the Elderly Based on the Health Belief Model in Hua Sai
Subdistrict, Bang Khla District, Chachoengsao Province, Thailand.

(Received: July 7,2026 ; Revised: July 9,2026 ; Accepted: August 2,2026)

พิมพ์พิศา ธนากรกลโกฐ¹ นวสนันท์ วงศ์ประสิทธิ์²

Pimpisa Thanagonkhonrago¹ Nawasanan Wongprasit²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวไทร จำนวน 227 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง และด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามลำดับ ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากในระดับสูง โดยเฉพาะการตระหนักถึงผลกระทบและความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้น หน่วยงานด้านสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการป้องกันภาวะกลืนลำบาก รวมถึงเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะกลืนลำบาก, ผู้สูงอายุ, ความเชื่อทางสุขภาพ

Abstract

This survey research aimed to examine the level of dysphagia among older adults based on the Health Belief Model in Hua Sai Subdistrict, Bang Khla District, Chachoengsao Province. The sample consisted of 227 older adults residing in Hua Sai Subdistrict, Bang Khla District, Chachoengsao Province. Data were collected using a questionnaire. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used for data analysis.

The results revealed that the overall level of dysphagia-related health beliefs among older adults was at a high level. When considering each dimension, the highest mean score was found in perceived threat, followed by perceived severity, perceived susceptibility, and self-efficacy, respectively. The findings indicate that older adults demonstrated a high level of awareness regarding dysphagia, particularly in recognizing potential threats and severity associated with the condition. Therefore, healthcare organizations and healthcare professionals should promote knowledge, understanding, and preventive behaviors related to dysphagia, while enhancing older adults' confidence in self-care practices. These efforts may help prevent complications and improve the quality of life among older adults in the community.

Keywords: Dysphagia, Elderly, Health beliefs

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา Corresponding Author: Nawasanan Wongprasit E-mail address: nawasanan.won@rru.ac.th

บทนำ

ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia) เป็นปัญหาสำคัญทางคลินิกที่ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความสามารถในการรับประทานอาหาร น้ำ หรือยาได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยเท่านั้น แต่ยังแสดงออกผ่านอาการทางกายที่เด่นชัด เช่น การกลืนไม่ลง กลืนช้า ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในแต่ละมื้อ ตลอดจนความรู้สึกมีอาหารค้างบริเวณคอหอย และมีอาการไอสำคัญร่วมด้วย¹ ผลกระทบดังกล่าวส่งผลเชิงลบโดยตรงต่อมิติด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความกลัว วิดกกังวล จนนำไปสู่พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยต้นเหตุของภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักตัวลดลงอย่างผิดปกติ ตลอดจนการขาดสารอาหารและพลังงานที่จำเป็นต่อการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงอย่างสิ้นเชิง^{1,2} ภาวะกลืนลำบากยังเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง ไม่ว่าจะเป็นภาวะกรดไหลย้อน ร่างกายขาดน้ำ และภาวะปอดติดเชื้อ อันเนื่องมาจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) ขณะเดียวกันก็ยิ่งเพิ่มภาระและความเครียดให้แก่ผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้² โดยปัญหานี้มักพบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคทางระบบประสาทและจิตเวช รวมถึงโรคที่ส่งผลให้กลืนเนื้อเกิดภาวะเกร็งจนรบกวนกลไกการกลืน³

มิติด้านสังคมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบากมักแยกตัวออกจากสังคมอันเนื่องมาจากการกังวลและกลัวการสำลักเมื่อต้องร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น ซึ่งพฤติกรรมนี้เสี่ยงต่อการนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมื้ออาหาร ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมควรความสุขและการปฏิสัมพันธ์ แต่การเห็นบุคคลอื่นในครอบครัวหรือผู้ป่วยร่วมหอผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ในขณะที่ตนเองไม่สามารถทำได้ จะยิ่งตอกย้ำความรู้สึกถูกแบ่งแยกและลดทอนความสุขในการดำเนินชีวิต⁵ จากสถิติพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะหรือโรคทางระบบประสาทข้างต้น จะพบภาวะกลืนลำบากสูงถึงร้อยละ

50-75 และที่น่ายกย่องคือมักเกิดภาวะสำลักเงียบ (Silent Aspiration) ร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 40-70 ซึ่งเป็นปัจจัยวิกฤตที่นำไปสู่โรคปอดอักเสบติดเชื้อที่รุนแรง ยิ่งไปกว่านั้นหากผู้สูงอายุมีภาวะปอดอักเสบติดเชื้ออยู่ก่อนแล้ว จะพบอุบัติการณ์การสำลักเงียบสูงขึ้นถึงร้อยละ 71 โดยมีรายงานระบุว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะปอดติดเชื้ออันเนื่องมาจากการสำลักสูงถึงเกือบร้อยละ 30⁶

สถานการณ์ทางระบาดวิทยาในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2561-2565 มีการรายงานผู้ป่วยปอดอักเสบเฉียบพลันสูงถึงเดือนละ 20,000 ราย โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบสะสมสูงถึง 239,197 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 361.48 ต่อประชากรแสนคน และมีรายงานผู้เสียชีวิตจำนวน 224 ราย ซึ่งกลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุดรองจากกลุ่มเด็กเล็กคือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 1,040.02 ต่อแสนประชากร และเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการเสียชีวิตสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.43 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด⁷ สอดคล้องกับข้อมูลทางสถิติของจังหวัดฉะเชิงเทรา ในปี พ.ศ. 2565 ที่พบว่าโรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายใน 5 อันดับแรก โดยจัดอยู่ในอันดับที่ 3 ด้วยอัตราตาย 62.00 ต่อแสนประชากร และมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคปอดบวมสูงถึง 2,299 คน คิดเป็นอัตราป่วย 317.48 ต่อประชากรแสนคน⁸ ต่อมาในปี พ.ศ. 2567 ข้อมูลเชิงสถิติท้องถิ่นระบุว่า มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 141,609 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.64 ของประชากรทั้งหมด ยิ่งไปกว่านั้นยังพบกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง (CVD) ในระดับสูงมากและสูงอันตรายรวมกันจำนวน 150,900 คน คิดเป็นร้อยละ 11.30 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองนี้จัดเป็นหนึ่งในปัจจัยต้นเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะกลืนลำบากและการสำลักอาหารหรือน้ำ อันส่งผลกระทบต่อเนื่องให้เกิดโรคปอดบวมในประชากรผู้สูงอายุในที่สุด⁹

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัด

ฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่โครงสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนประชากรสูงวัยสูงมากถึงร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด¹⁰ และยังไม่เคยปรากฏการศึกษาในประเด็นนี้มาก่อน เพื่อสร้างแนวทางเชิงรุกให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker (1974) และ Janz & Becker (1984)^{11,12} ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงพฤติกรรมที่เน้นอธิบายและคาดการณ์พฤติกรรมด้านสุขภาพผ่านทัศนคติและความเชื่อของบุคคล โดยทฤษฎีนี้ระบุว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงโรคนั้น จะต้องผ่านกระบวนการรับรู้และเชื่อมั่นในองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) ที่เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการกลืนลำบากของตนเอง เช่น ปอดอักเสบจากการสำลักหรือภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งความเข้าใจนี้จะมีอิทธิพลต่อความเต็มใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) ของโรคที่อาจส่งผลกระทบขั้นวิกฤตต่อชีวิตจนเกิดความกระตือรือร้นในการปฏิบัติตามคำแนะนำและการรักษา ตลอดจนการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived Threat) จากอาการแทรกซ้อนที่นำไปสู่การปรับปรุงขีดความสามารถในการกลืน^{1,11,12}

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยังครอบคลุมถึงการรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญในการจัดการปัญหา เช่น ความยากลำบากในการเตรียมอาหารเฉพาะทางหรือการขาดระบบสนับสนุน ซึ่งการเข้าใจอุปสรรคเหล่านี้จะช่วยในการออกแบบระบบการพยาบาลที่เอื้อต่อการปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น ควบคู่ไปกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-efficacy) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นและมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะจัดการปัญหาการกลืนลำบากได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประการสุดท้ายคือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ทั้งจากสิ่งเร้าภายในและภายนอก เช่น คำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคคลในครอบครัว^{12,13} การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่ดีในทุกปัจจัยจะส่งผลเชิงบวกให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่ป้องกันและหลีกเลี่ยงได้¹⁴ ซึ่งการสร้างความเข้าใจต่อปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อและการรับรู้สุขภาพที่เหมาะสมนี้ จะส่งผลให้การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จนำไปสู่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาวของผู้สูงอายุ¹⁵ ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดโดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ร่วมกับบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก^{11,12} โดยทำการกำหนดโครงสร้างตัวแปรเพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงบูรณาการ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต้น (Independent Variables) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมตัวแปรด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ขณะที่ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ของการวิจัย ได้แก่ ภาวะกลืนลำบากตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งวัดและประเมินผลผ่านโครงสร้างองค์ประกอบความเชื่อ 6 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ภาวะคุกคาม ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และด้านปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์และอภิปรายผลในมิติทางการพยาบาลต่อไป¹

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบล ห้วยไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้รูปแบบ

การศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษารายละเอียดและอธิบายระดับภาวะกลืนลำบากตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 523 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปีในพื้นที่ดังกล่าวจำนวน 227 คน ซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน¹⁶ วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยจำแนกตามสัดส่วนประชากรในแต่ละหมู่บ้านทั้ง 7 หมู่บ้านของตำบลหัวไทร ได้แก่ บ้านหัวไทร บ้านกล้วย บ้านคูมอญ บ้านทางข้ามน้อย บ้านน้ำฉ่ำ บ้านลาดบัวขาว และบ้านลาดโคก หลังจากนั้นจึงใช้ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ภายในแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนที่คำนวณไว้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงในตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งมีความสามารถในการรับรู้ วัน เวลา และสถานที่ได้อย่างปกติ ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผ่านการประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)¹⁷ ตามเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนี้ต้องเป็นผู้ที่สามารถได้ยินและสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ตลอดจนมีความยินยอมพร้อมใจในการให้ข้อมูลและลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก การคัดออกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน หรือโรคทางระบบประสาท รวมถึงผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai Version 2002: MMSE-Thai 2002) ซึ่งพัฒนาโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง¹⁷ โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนที่บ่งชี้ถึงภาวะที่ต้องสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแบ่งตามระดับการศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านออกเขียนไม่ได้) ซึ่งจะยกเว้นการทำแบบทดสอบข้อที่ 4, 9 และ 10 โดยหากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนนจากคะแนนเต็ม 23 คะแนน จะถือว่าสงสัยมีภาวะสมองเสื่อมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา กำหนดเกณฑ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา กำหนดเกณฑ์คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนนจากคะแนนเต็ม 30 คะแนน¹⁶

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker¹¹ รวมถึง Janz และ Becker¹² เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยโครงสร้างของแบบสอบถามฉบับนี้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ข้อคำถามปลายเปิด และข้อคำถามแบบเลือกตอบ รวมจำนวน 7 ข้อคำถาม ครอบคลุมข้อมูลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ภาวะคุกคาม การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ^{11,12} ลักษณะเครื่องมือเป็นมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยการให้คะแนนแบ่งเป็นสองลักษณะตามทิศทางของข้อความ ได้แก่ ข้อความเชิงบวก กำหนดคะแนนจาก 5 ถึง 1 คะแนน เรียงลำดับจากเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย จนถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด ในทางกลับกันสำหรับข้อความเชิงลบ จะทำการกลับคะแนน (Reverse Scoring) โดยกำหนดคะแนนจาก 1 ถึง 5 คะแนนตามลำดับความเห็นด้วยจากมากที่สุด จนถึงไม่เห็นด้วยมากที่สุด เพื่อนำคะแนนรวมที่ได้ไปวิเคราะห์ระดับความเชื่อด้านสุขภาพต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.87 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติและลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทองกลาง อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะทางกายภาพและโครงสร้างประชากรใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษาจริง

2. การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นรวมสูงถึง 0.935 ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการปรับปรุงและแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์และมีความเหมาะสมสูงสุดก่อนนำไปใช้ในการจัดเก็บข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากงานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานเชิงรุกด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ ดังนี้

1. การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ลงพื้นที่จัดเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อเข้าพบกลุ่มผู้สูงอายุที่เดินทางมารับบริการ

2. การคัดกรองคุณสมบัติตามเกณฑ์ ทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60–70 ปี โดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)¹⁷ เพื่อยืนยันว่าเป็นผู้ที่ผ่านเกณฑ์ไม่มีภาวะสมองเสื่อม และมีการรับรู้ วัน เวลา รวมถึงสถานที่อย่างปกติ

3. การพิทักษ์สิทธิ์และขอความยินยอม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมด้วยความสมัครใจไว้เป็นหลักฐานก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม

4. การตอบแบบสอบถาม มอบแบบสอบถามภาวะกลืนลำบากตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบและกรอกข้อมูลด้วยตนเอง

5. การตรวจสอบและรับคืนข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น ตรวจสอบความครบถ้วนและสมบูรณ์ของข้อคำถามในแบบสอบถามแต่ละฉบับทันที พร้อมทั้งรับแบบสอบถามกลับคืนมาด้วยตนเองจนครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดคือ 227 ฉบับ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการจัดกระทำและวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อคำถามแล้วดำเนินการดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการคำนวณหาค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน แล้วนำไปแปลความหมายตามเกณฑ์

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนรินทร์ เลขที่ COA No. 002/2568 RRU-IRB No. 009/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 227 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 69–70 ปี ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรส) สำหรับระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า และประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก ในมิติด้านเศรษฐกิจกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่ามีรายได้ในระดับที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ อย่างไรก็ตาม ในด้านข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร โรคเมอริ่ง และโรคของต่อมไทรอยด์ตามลำดับ

2. ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพในภาพรวมและรายด้าน ผลการวิเคราะห์ระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะกลืนลำบากอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.48, SD = 1.00) เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับจากด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด พบว่า ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.99) รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.91) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.69) ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.23) ด้านปัจจัยกระตุ้นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean

= 3.06) และด้านการรับรู้อุปสรรคมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.98) ตามลำดับ

1. ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง

พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.69, SD=0.98) เมื่อพิจารณารายข้อโดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยจากมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความรู้สึกว่ามีปากตกรับหรือปิดปากไม่สนิท และมีน้ำลายไหล (Mean=4.13, SD=0.92) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ การมีอาหารตกค้างในช่องปากหลังกลืน (Mean=3.88, SD=0.89) อยู่ในระดับมาก และความรู้สึกว่ากลืนอาหารไม่หมดหรือมีความรู้สึกกลืนอาหารติดคอ (Mean=3.75, SD=0.95) อยู่ในระดับมากตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความสามารถในการเคี้ยวอาหารได้ละเอียดก่อนกลืน (M=3.17, SD=1.14) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

2. ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้ความรุนแรง

พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.91, SD=0.96) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความรู้สึกว่ามีอาการน้ำลายไหล มีอาหารหรือน้ำไหลออกจากปากหรือจมูก (M=4.22, SD=0.89) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ มีอาการสำลักอาหารก่อนกลืนอาหาร หรือหลังกลืนน้ำหรืออาหาร (Mean=4.06, SD=0.95) อยู่ในระดับมาก และมีอาการไอหลังกลืนอาหารบ่อยขึ้น (Mean=4.04, SD=0.92) อยู่ในระดับมากตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ความรู้สึกว่าการกลืนของแข็งลำบากกว่าของเหลว (Mean=3.47, SD=1.15) แต่ยังคงอยู่ในระดับมาก

3. ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้ภาวะคุกคาม

พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้ภาวะคุกคามของภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.99, SD=0.94) เมื่อพิจารณารายข้อโดยเรียงลำดับตามค่าเฉลี่ยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การเคยมีอาการสำลักจน

ทำให้มีไข้ ไอ และมีเสมหะ (Mean=4.07, SD=0.88) อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ขณะรับประทานอาหาร มักจะมีการสำลักจนทำให้ไม่ยอมคายออกไป รับประทานอาหารนอกบ้านกับเพื่อนหรือลูกหลาน (Mean=4.06, SD=0.94) อยู่ในระดับมาก และความรู้สึกว่าตนเองมีน้ำหนักตัวลดลงเรื่อย ๆ (Mean=3.96, SD=0.91) อยู่ในระดับมากตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การมีอาการอ่อนเพลีย และรู้สึกไม่ค่อยมีแรงเดิน (Mean=3.86, SD=1.02) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

4. ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้อุปสรรค พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้อุปสรรคต่อภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.98, SD=1.03) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากคือ ความคิดเห็นที่ว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะทำให้กลืนลำบาก (Mean=3.52, SD=1.11) รองลงมาคือ ความรับรู้ว่าการที่ไม่มีฟันเคี้ยวอาหารทำให้เกิดการกลืนลำบาก (Mean=2.91, SD=1.04) อยู่ในระดับปานกลาง และการที่ลูกหลานยังขาดความรู้เรื่องการทำอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Mean=2.89, SD=1.01) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การรับรู้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะมีน้ำลายที่ช่วยย่อยอาหารลดลง (Mean=2.70, SD=1.06) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

5. ผลการวิเคราะห์ด้านการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตน พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.23, SD=0.98) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากคือ การสังเกตเห็นตนเองมีอาการสำลักอาหารบ่อยครั้ง (Mean=3.72, SD=1.03) รองลงมาคือ ความตั้งใจที่จะไปพบแพทย์ทันทีหากน้ำหนักลดและมีอาการกลืนอาหารไม่หมด (Mean=3.39, SD=0.88) อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการเคี้ยวอาหารช้า ๆ ให้ละเอียดก่อนกลืน (Mean=3.33, SD=1.09) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำ

ที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับวิธีออกกำลังกล้ามเนื้อบริเวณปาก คอหอย และกล่องเสียง (Mean=2.58, SD=1.02) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

6. ผลการวิเคราะห์ด้านปัจจัยกระตุ้น พบว่าความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะกลืนลำบากในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.06, SD=1.11) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับการเคี้ยวและการกลืนอาหารที่ถูกต้อง (Mean=3.14, SD=1.07) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ การได้รับความรู้เรื่องการฝึกกลืนจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Mean=3.06, SD=1.17) อยู่ในระดับปานกลาง และการสามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ที่ช่วยให้มีความรู้เรื่องการเคี้ยวและการกลืนที่ถูกต้อง (Mean=3.04, SD=1.08) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ การมีผู้ดูแลหรือลูกหลานที่ช่วยสอนวิธีเคี้ยวอาหารที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการสำลัก (Mean=3.01, SD=1.11) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาระดับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุตามแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวไม่สอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ ธนัทธ สันข์แก้ว และนพมาศ โกศล¹⁸ ที่ศึกษาการรับรู้สุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งพบว่าการรับรู้สุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ คำอธิบายในมิตินี้อาจเนื่องมาจาก ประชากรผู้สูงอายุในสังคมไทยโดยทั่วไปจะได้รับข้อมูลข่าวสารและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองพื้นฐานมาเป็นระยะ ผ่านกระบวนการอบรมและการขับเคลื่อนงานของ อสม. พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข

ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาม
แนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม
ในเขตพื้นที่ตำบลหัวไทรที่ทำการศึกษานี้ ยังไม่
เคยมีการจัดอบรมหรือให้ความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับ
การป้องกันภาวะกลืนลำบากและการสำลักใน
ผู้สูงอายุมาก่อน ส่งผลให้เมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหา
ระบบการกลืนที่เปลี่ยนแปลงตามวัย จึงเกิดความ
ตระหนักและมีการรับรู้ต่อภาวะกลืนลำบากตาม
แนวความคิดความเชื่อทางสุขภาพโดยรวมในระดับที่สูง
เพื่อเป็นกลไกในการระมัดระวังตนเอง การวิเคราะห์
เชิงลึกในรายด้านพบประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่อยู่ในระดับมาก
สอดคล้องกับการวิจัยของ ขวนพิศ ศิริไพบูลย์ และ
คณะ¹⁵ ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง
จังหวัดสมุทรสงคราม และงานวิจัยของ เพ็ญศรี
ผาสุก¹⁹ ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแคว
อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งต่างพบว่าการ
รับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวมอยู่ในระดับมากอาจเป็น
เพราะในบริบทสังคมปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีช่องทางการ
รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อสุขภาพของ
ตนเองได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น ผ่านเครื่องมือ
สื่อสารส่วนบุคคลและช่องทางออนไลน์ที่เชื่อมโยง
ระบบการส่งต่อข้อมูลจาก อสม. หรือบุคลากร
สาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้
กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเริ่มตระหนักและรับรู้ว่ามีอายุ
ทวีเพิ่มขึ้น สภาพร่างกายย่อมเสื่อมถอยลง ส่งผลให้มี
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติและ
ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากกว่าวัยอื่น จึงส่งผลให้
คะแนนในมิตินี้สูง

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงที่พบว่า อยู่ใน
ระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ขวนพิศ ศิริ
ไพบูลย์ และคณะ¹⁵ และเพ็ญศรี ผาสุก¹⁹ ที่พบว่าด้าน
การรับรู้ความรุนแรงโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้
เนื่องมาจากผู้สูงอายุในกลุ่มนี้เริ่มมีการรับรู้และ
ประเมินความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นจากการ
ละเลยการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรค

ประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ต้องเข้าพบแพทย์เป็น
ประจำ ซึ่งจะมีความตระหนักและเกิดความรู้สึกนึก
คิดลึกซึ้งต่อความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ว่าอาจ
ก่อให้เกิดความพิการ การสูญเสียชีวิต ความ
ยากลำบาก ระยะเวลาอันยาวนานที่ต้องใช้ในการ
รักษา ตลอดจนผลกระทบสะท้อนกลับที่ทำให้
ลูกหลานต้องเผชิญความยากลำบากในการดูแลและ
กระทบกระเทือนต่อสถานะทางเศรษฐกิจสังคมของ
ครอบครัว ปัจจัยเหล่านี้หล่อหลอมให้ผู้สูงอายุมีการ
รับรู้ความรุนแรงในระดับสูง

3. ด้านการรับรู้ภาวะคุกคามซึ่งอยู่ในระดับ
มากนั้น สอดคล้องกับการวิจัยของ ฟาริดา หลงยา
หน่าย และคณะ²⁰ ที่ศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคาม
อาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน
อำเภอควนโดน จังหวัดสตูล ซึ่งพบว่าการรับรู้ภาวะ
คุกคามในผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง เหตุผลสำคัญ
เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้และเข้าใจดีว่าภัย
คุกคามต่อชีวิตส่วนใหญ่ล้วนเกี่ยวเนื่องมาจาก
พฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้น เพื่อ
ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาจากจากระดับเบื้องต้นไปสู่
ภาวะที่รุนแรง ผู้สูงอายุจึงเพิ่มความระมัดระวังในการ
ใช้ชีวิตและการดำเนินกิจกรรมประจำวัน โดย
พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
ตนเองให้ถูกต้องและเหมาะสม เช่น การตระหนักว่า
ภาวะกลืนลำบากเป็นภัยคุกคามรุนแรงที่เสี่ยงต่อการ
ก่อให้เกิดอาการสำลักจนมีไข้ ไอ มีเสมหะ หรือส่งผล
กระทบห้ามปรามไม่ให้ออกไปร่วมรับประทานอาหาร
นอกบ้านกับเครือข่ายสังคม ตลอดจนทำให้น้ำหนัก
ตัวลดลงและอ่อนเพลีย ซึ่งการรับรู้ภาวะคุกคามที่
เด่นชัดนี้เป็นสิ่งบ่งชี้สำคัญในวิชาชีพการพยาบาลที่
จะช่วยขับเคลื่อนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก

4. ด้านการรับรู้อุปสรรค ระดับปานกลาง
สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ขวนพิศ ศิริไพบูลย์
และคณะ¹⁵ และพนิดา ชัยวัง²¹ ที่ศึกษาความเชื่อด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ
ภาวะก่อนความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าด้านการรับรู้
อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยสนับสนุน
ประเด็นนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการ

ปลูกฝังความรู้และเชื่อมั่นว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีจะช่วยป้องกันโรคได้ แต่ในบริบทเฉพาะของภาวะกลืนลำบากนั้น พบอุปสรรคสำคัญคือ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลในระบบเครือญาติยังขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดเตรียมหรือปรุงอาหารที่มีเนื้อสัมผัสและรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาการสูญเสียฟันเคี้ยวอาหาร ประกอบกับข้อจำกัดทางสรีรวิทยาเรื่องปริมาณน้ำลายที่ช่วยย่อยอาหารลดลงตามอายุขัย สิ่งเหล่านี้จึงยังคงเป็นอุปสรรคระดับปานกลางที่ท้าทายต่อการดำเนินชีวิตและการพยาบาลชุมชน

5. ด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ ทัตติยา นครไชย และคณะ²² ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค และงานวิจัยของอังคณา คำรักษ์²³ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งต่างระบุว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนหรือความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง ปรากฏการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่าทั้งตัวผู้สูงอายุและครอบครัวยังคงขาดแคลนองค์ความรู้เชิงลึก ตลอดจนขาดความเชื่อมั่นและทักษะเฉพาะในการจัดการระบบทางเดินอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก ส่งผลให้ระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะควบคุมไม่ให้เกิดภาวะกลืนลำบากหยุดอยู่ที่ระดับปานกลาง ซึ่งเป็นจุดที่พยาบาลวิชาชีพควรเข้าไปมีบทบาทในการพัฒนาทักษะ (Skill training)

6. ด้านปัจจัยกระตุ้นที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ กุลนิษฐ์ มินรินทร์ และคณะ²⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลจริม อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งพบว่าสิ่งชักนำหรือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเบื้องหลังอาจอธิบายได้จากลักษณะทางวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคมไทยที่ผู้สูงอายุมักมีความเกรงใจต่อบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล

และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงเกรงใจลูกหลานที่จะต้องสละเวลามาดูแล เมื่อเริ่มเผชิญกับปัญหาสุขภาพในระยะแรกเริ่มจึงมักไม่กล้าซักถามหรือร้องขอความช่วยเหลือเท่าที่ควร และเลือกที่จะปล่อยให้อาการลุกลามจนเข้าสู่ระยะเจ็บป่วยรุนแรงจึงเดินทางมาพบแพทย์ ส่งผลให้ขาดโอกาสในการรับรู้ข้อมูลเชิงป้องกัน ประกอบกับสถานการณ์ระบบสาธารณสุขสังคมของประเทศไทยในปัจจุบันยังคงเผชิญปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านการพยาบาลและแพทย์ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบท ส่งผลให้ความถี่ในการลงพื้นที่เพื่อส่งมอบชุดความรู้เฉพาะทาง โดยเฉพาะเรื่องภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุมีข้อจำกัดตามไปด้วย ปัจจัยกระตุ้นภายนอกซึ่งเป็นแรงผลักดันสำคัญในการเปลี่ยนผ่านความรู้สู่พฤติกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในครอบครัว และการกระตุ้นให้เข้าถึงการรักษาเชิงรุกจึงอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลลัพธ์นี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการพยาบาลทางไกลหรือเครือข่ายการดูแลในชุมชนเพื่อเพิ่มปัจจัยกระตุ้นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพัฒนาหลักสูตรและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล บุคลากรทางการแพทย์และทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรจัดโปรแกรมหรืออบรมเชิงปฏิบัติการเชิงรุก เพื่อส่งมอบความรู้เฉพาะทางเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสำลักจากการกลืนลำบาก โดยเน้นกลุ่มเป้าหมายไปที่ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว และลูกหลาน เพื่อลดอุปสรรคสำคัญในเรื่องการขาดความรู้ในการจัดเตรียมอาหารที่มีเนื้อสัมผัสที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2. ด้านการขับเคลื่อนเชิงนโยบายสาธารณสุขชุมชน: หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ทั้งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ควรนำข้อมูลเชิงประจักษ์นี้ไปวางแผนเชิงนโยบายในการสนับสนุนสื่อ อุปกรณ์หรือคู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลืนลำบาก เพื่อ

ช่วยลดทอนอุปสรรคในการดำเนินชีวิตและช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเชิงลึกแบบผสมผสาน ควรมีการศึกษาแนวทางการป้องกันภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุของประเทศไทย โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมิติเชิงโครงสร้างและบริบทวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบนวัตกรรมหรือการวิจัยและพัฒนา ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบหรือโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายুর่วมกับครอบครัวต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะกลืนลำบากในบริบทสังคมไทย

3. การขยายกรอบแนวคิดทฤษฎีอื่น ๆ ควรมีการศึกษาปัจจัยความเชื่อทางสุขภาพในมิติอื่น ๆ หรือทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์อื่นที่มีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้เป็นฐานข้อมูลในการสร้างโปรแกรมเพิ่มขีดความสามารถในการป้องกันภาวะสำคัญ และหนุนเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะยาว

4. การประเมินและพัฒนาสมรรถนะภาคีเครือข่าย ควรมีการศึกษาถึงขีดความสามารถ สภาพปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการป้องกันภาวะสำคัญจากการกลืนลำบากของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาสมรรถนะของบุคคลกลุ่มดังกล่าวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่สนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้สูงอายุ และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวไทร และตำบลท่าทองหลางทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ไพฑูรย์ เบ็ญพริเลิศ. การประเมินภาวะกลืนลำบากโดยใช้เครื่องมือ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
2. ปิยะภัทร เดชพระธรรม. ปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุ (Dysphagia in elderly). เวชศาสตร์พื้นฟูสสาร. 2556;23(3):73-80.
3. นปภัช ทองคำวงศ์. บทบาทพยาบาลในการประเมินและจัดการกับภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. 2560;6(1):92-9.
4. ชนิดพล บุญยะวัตร. ภาวะกลืนลำบากในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: [https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/ภาวะกลืนลำบากในผู้สูง/](https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/ภาวะกลืนลำบากในผู้สูง/ptcenter/knowledge-article/ภาวะกลืนลำบากในผู้สูง/)
5. Fletcher J. Dealing with dysphagia: a multidisciplinary approach. Nursing and Residential Care. 2015;17(8):430-2.
6. กันต์นิษฐ์ พงศ์พิพัฒน์ไพบูลย์. กลืนลำบาก สำลักบ่อย อันตรายในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 13 มกราคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/ผู้สูงอายุ-กลืนลำบาก>
7. กรมควบคุมโรค. การป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในช่วงฤดูหนาวของประเทศไทย พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 16 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1501520231123052757.pdf>
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://cco.moph.go.th/cc024/status/รวมเล่ม%20รายงานประจำปี%202565.pdf>
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. รายงานสถิติด้านสาธารณสุขและอัตราเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ปี พ.ศ. 2567. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา; 2567.
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวไทร. รายงานข้อมูลตำบลหัวไทร [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_village?region

11. Becker MH. The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs. 1974;2:324-508.
12. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A Decade Later. Health Education Quarterly. 1984;11(1):1-47.
13. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2560.
14. วไลยา บุณณกลัศ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2560;9(2):24-32.
15. ชวนพิศ ศิริไพบูลย์, อธิพิณ ดวงจินดา, กันธิมา ศรีหมากสุก, ศรีสุรางค์ เคหะนาค และอังคณา บุญครอง. ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564;14(2):94-107.
16. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30(3):607-10.
17. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002). นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 2545.
18. ธนัทธอ สังข์แก้ว และนพมาศ โกศล. การรับรู้สุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):45-56.
19. เพ็ญศรี ผาสุก. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองเค อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพจิตทางาน. 2563;6(2):112-25.
20. พาริตา หล้าหย่าหน่าย, ลลิตา ยะฝา, ชาริพีะ นารีเปน, ยุภาดา ดวงตา, นกษา สิงห์วีระธรรม และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. การรับรู้ภาวะคุกคามอาการสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตอนต้น ตำบลควนโดน อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(3):14-26.
21. พนิดา ชัยวัง. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค ของผู้สูงอายุภาวะก่อนความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2562;42(2):34-43.
22. ทัดติยา นครไชย, พัชรนันท์ รัตนภาค และจิราภรณ์ จันทร์แก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(1):88-101.
23. อังคณา คำรักษ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย; 2567.
24. กุลนิษฐ์ มินรินทร์, เกศินี อินทิพย์, พรธรรณา เงินแสง, วนิดา ไมตรีอินทัย และสุพจน์ บุญประสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2550;37(2):145-54.