



วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Health Sciences and Pedagogy

ISSN : 2985-1602 (Online)



ปีที่ 5 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม - สิงหาคม 2568





วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JHSP : Journal of Health Sciences and Pedagogy

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2568

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความทางวิชาการของคณะอาจารย์/บุคลากรวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันการศึกษาต่าง ๆ บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการ นักสุขภาพ ผู้ปฏิบัติงานในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องตลอดจนศิษย์เก่าและผู้สนใจ ในด้านศิลปะการสอน การศึกษาในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข การแพทย์ และสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในเครือข่ายวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ รวมทั้งงานวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

ขอบเขตสาขาวิชาที่รับ

ด้านการพยาบาล ได้แก่

- การพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
- การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์
- การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- การพยาบาลอนามัยชุมชน
- การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

ด้านสาธารณสุข ได้แก่

- สาขานามัยสิ่งแวดล้อม
- สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- สาขาส่งเสริมสุขภาพ
- สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สาขาสุขศึกษา
- สาขานามัยชุมชน
- สาขาการบริหารโรงพยาบาล

ด้านการศึกษา

- ด้านศิลปะการสอน และการศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การแพทย์ หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ

Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2025. Vol. 5 No.2 May – August 2025

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JHSP> วารสารฯ ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่ม 2

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
เลขที่ 11 ถนนพัฒนาการคูขวาง ตำบลในเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 80000
โทร. 075-446059 โทรสาร 0-7431-2562
E-mail: journal.bcnakhon@gmail.com

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ และ
บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ
หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก
ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

ปรึกษา

อาจารย์สุทัศน์ เหมทานนท์

ผู้อำนวยการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการ

อาจารย์วรัญญา จิตรบรรทัด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ ศิริธรงค์ศรี

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

(เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง

สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงวงศ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร. สุรชาติ ณ หนองคาย

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล (เกษียณอายุราชการ)

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วรเดช

คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม

คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.รัชนี สรรเสริณ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รองศาสตราจารย์ ดร.เอกรินทร์ สังข์ทอง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.ปราณีต ส่งวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ดร.จอม สุวรรณโณ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภาศ ปานเจียง

คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี อภิชาติบุตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ สีนวรณ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริยศ กิตติธีระศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.จันทร์พิมพ์ หินเทา

ดร.ภาวดี เหมทานนท์
ดร.นงษา สิงห์วีระธรรม
ดร.รัถยานภิก รัชตะวรรณ
ดร.ชุติมา รักษ์บางแหลม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา จันทรา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ ถนอมชัยวัช
ดร.จารุวรรณ สอนองญาติ
ดร.เนติยา แจ่มทิม
ดร.มาสริน ศุภลักษ์
ดร.เมทนี รัตนาบุตร
ดร.บุศริน เอี้ยวสีหยก
ดร.จามจุรี แซ่หลู่
ดร.บุญธิดา เทือกสุบรรณ
ดร.ขจิต บุญประดิษฐ์
ดร.จตุพร ตันตะโนกิจ
ดร.จรรยารัตน์ รอดเนียม
Mr.Patrick Wauters

กองจัดการ

ดร. บุญประจักษ์ จันทรีวิน
นางวัลลภา ดิษสระ
นางสาวจันทิมา ช่วยชุม
นายณฤเบศร์ โกศล
นางสาวธนพรรณ จอมบดินทร์
นายวิชัย จิรวัดนกุลชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
นักวิชาการอิสระ (ข้าราชการเกษียณอายุ)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)
นักวิชาการอิสระ (English Language Editor)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

กำหนดออก ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

บรรณาธิการวารสารแถลง

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา (Journal of Health Sciences and Pedagogy) ได้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย/บทความวิชาการ ด้านการพยาบาล ด้านสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน และการศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลงานที่เผยแพร่ทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินคุณภาพและความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น ๆ อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีประโยชน์ในพัฒนาการพยาบาล การสาธารณสุข และการเรียนการสอนแก่บุคลากรด้านสุขภาพด้านการศึกษาประชาชนทั่วไป และผู้ที่สนใจ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ได้ผ่านการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 2 รอบที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572 โดยวารสารฉบับนี้ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 5 ฉบับที่ 2 มีการนำเสนอบทความวิจัย 11 บทความ และบทความวิชาการ 1 บทความ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาเวลาอันมีค่าของท่านเพื่อประเมินคุณภาพของบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวารสารที่จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้อ่านและผู้มีส่วนได้เสียในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่อนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการอันทรงคุณค่าของท่านในวารสาร ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนานักวิชาการ นักวิจัย ให้มีคุณภาพสูงขึ้น

ทางวารสารจะพัฒนางานให้มีคุณภาพต่อไปท้ายสุดนี้ วารสารขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่านที่ให้ความสนใจติดตามวารสารผ่านทาง <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP> หากมีข้อเสนอแนะประการใดกรุณาส่งมาได้ที่บรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

อาจารย์วรัญญา จิตรบรรทัด

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

วัตถุประสงค์

ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ

บรรณาธิการวารสารแถลง

บทความวิจัย(Original Article)

1.ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง e 272360

(Factors Influencing Smoking Behavior Among Hospital Personnel in Trang Province)

รักษพลเดช เสน่หา และชวานากร ศรีปรางค์ (Raksapondet Sneha and Chavanakorn Sriprang)

2.ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ และทัศนคติ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม e 272846

การใช้ยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

(Effects of a Knowledge and Attitude Enhancement Program on Behavioral

Modification in Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use Among People

in Si Thep District, Phetchabun Province)

อัศนี ขำยิ่งเกิด, พียดา เมยขุนทด, ชนพัฒน์ แป้นขำ, วรณภา พุขุนทด, สุทธิกาญจน์ มุงขุนทด,

ปณณทัต ตันธนปัญญากร, นลพรรณ ชันติกุลานนท์ และชนินันท์ ประเสริฐไทย

(Asamee Kamyingerd, Piyada Merykhuntod, Chonnapat Paenkham,

Wannapha Phukhantod, Sootthikarn Mungkhunthod, Phannathat Tanthanapanyakorn,

Nonlapan Khantikulanon and Chaninan Praserttai)

3.ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการสู้ง่ายอย่างสง่างามตามวัฒนธรรมไทย e 273131

พนารัตน์ เจนจบ, จิรวัดน์ ใจกล้า, ชนิภา สุขกริ่งมี, ดนุพร มาขุนทด, ธารวิมล คชนิล, ปริมาส

แสนใจวุฒิ, ไบเฟิร์น วดีสุขเกษม, พัฒนิตา บุตรสีทา, มณฑนา จูทอง, มินตรา กระจาด,

ยุวดี นางงาม, วัชรพร สิทธิหล่อ, สุदारัตน์ ปานจตุรัส และ อนิสรา รักลาย (Panarat Chenchob,

Jirawat Jaikla, Chanipha Sukkrueangmi, Danupron Makhuntod, Thanvimon khotchanin,

Borimas Sanjaiwut, Baifern Wadeesukkasem, Pannita Bootseeta, Muntana Juthong,

Mintra Krajad Yuwadee Nangngam, Watcharaporn Sitthilor, Sudarat panjaturas and

Anisa Raklai)

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
4.การสร้างโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (The Development of a Therapeutic Program for Psychiatric Patients with Negative Automatic Thoughts and Suicide Risk) ณัฐพร ฟุ้งสมุทร (Nattaporn Fungsamut)	e 273150
5.การพัฒนาแบบแผนการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ตามบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (Development of a Public Health Operational Model in Accordance with the Roles of District Public Health Offices Following the Transfer of Sub-district Health Promoting Hospitals to Provincial Administrative Organizations) วารินทร์ นุ่มนวล, วรพจน์ พรหมสัตย์พรต และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (Warin Numnual, Vorapoj Promasatayaprot and Surasak Thiabrithi)	e 273220
6.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (The Relationship Between Health Literacy and Health Promotion Behaviors Among Patients with Uncontrolled Blood Pressure in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province) ฉัตรชัย จินวรรณ และ สิงห์ กาญจนอารี (Chatchai Jinwan and Sing Kanchanaaree)	e 273237
7. การพัฒนาการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเอง สำหรับนักศึกษาพยาบาล (Development of Learning Using an Electronic Book Combined with Simulation-Based Learning on Nursing Care for Patients Receiving High-Flow Nasal Cannula Therapy on Learning Achievement, Satisfaction, and Self-Confidence Among Nursing Students) อัชฌาณัฐ วังโสม และ น้ำอ้อย รักดีวงศ์ (Atchanat Wangsom and Nam-oy Pakdevong)	e 273363

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง

หน้า

- 8.การศึกษาคุณสมบัติในการยับยั้งเชื้อราแคนดิดาอัลบิแคนส์ สเตรปโตค็อกคัส มิวแทนส์ และเซลล์มะเร็งในช่องปากของสารสำคัญกรดอนาคาร์ดิกจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ e 273722

(In vitro inhibition of *Candida albicans*, *Streptococcus mutans* and oral cancer of anacardic acid from cashew nut shells)

พิมพ์พร โชติการ, งามพักตร์ ทายะนา, วรัญญา วรดุลยพิณี และเอสเธระ ประทีปทองคำ (Pimporn Chotikarn, Nyampak Tayana, Warunya Woradulayapinij and Esthera Prateeptongkum)

- 9.การพัฒนาแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน และการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล (Development of a Community-Based Learning Model to e 273765

Promote Holistic Family Health Nursing Care of Nursing Students)

เจตจรรยา บุญญกุล, วิภา สุวรรณรัตน์, สุพลจี เดชทิพย์พรพงศ์ และ สมฤดี พูนทอง (Jatjunya Bunyakul, Wipa Suwannarat, Supussajee Detthippornpong and Somrudee Poontong)

- 10.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในนักศึกษาพยาบาล e 273816

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช (Factors Influencing Overweight

and Obesity Among Nursing Students in Borommarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat)

ธมลวรรณ แก้วกระจก, ดาลิมา สำแดงสาร และ ปิยะพร พรหมแก้ว (Thamolwan Kaewkrachok, Dalima Samdaengsarn and Piyaporn Promkaew)

11. ผลของโปรแกรมมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อผู้ป่วย e 274658

โรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง (The Effects of a Family Engagement Program on Infection Prevention Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing Peritoneal Dialysis)

พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ, รัตนภรณ์ วงบุญคง, กุลวดี ผลประดิษฐ์, ธัญวรา จันทร์สังข์, วริษฐา มณีโชติ, หลุยส์ ดามาพงศ์, สุภา ตะแหละ และศศิธร ภูสุวรร (Pimpawan Rueangphut, Rattanaporn Wangbunkhong, Kunwadee Phonpradit, Thanwara Jansang, Warittha Maneechot, Harudee Damaphong, Suwapa Talaea and Sasithorn Phuwasuthorn)

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
บทความวิชาการ	
12.ทบทวนวรรณกรรมองค์ประกอบสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ (Literature Review the Components of a Toxic Work Environment) ธนวัฒน์ หงษ์สา และ ฌาน ปัทมะ พลยง (Thanawat Hongsa and Chan Pattama Polyong)	e 273456
คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ.....	ก
ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์.....	ก
การส่งบทความ.....	ก
การตรวจสอบก่อนส่งบทความ.....	ข
เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ.....	ข
การเตรียมบทความต้นฉบับ.....	ค
ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง.....	จ
Template บทความวิจัย.....	ซ
Template บทความวิชาการ.....	ฎ
สอบถามข้อมูล.....	ฒ

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง
Factors Influencing Smoking Behavior Among Hospital Personnel in Trang
Province

รักษพลเดช เสน่หา¹ และ ชวนากร ศรีปรางค์^{2*}

Raksapondet Sneha¹ and Chavanakorn Sriprang^{2*}

¹โรงพยาบาลตรัง, ²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
¹Trang Hospital, ²Sirindhorn College of Public Health Trang Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute

(Received: November 24, 2024; Revised: February 4, 2025 ; Accepted: March 3, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง โดยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของบุคลากรจำแนกตามกลุ่มตำแหน่ง และลักษณะการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 344 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และ Multiple Logistic Regression

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และ 86.34 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่าเพศหญิงที่จะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ประมาณ 54 เท่า (95%CI = 11.03 - 247.57) บุคคลที่มีต้นลงมาโอกาสเสี่ยงสูงกว่าระดับปริญญาตรีและสูงกว่าที่จะมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ประมาณ 3 เท่า (95% CI = 1.101 - 9.25) และการมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ประมาณ 6 เท่า (95%CI = 1.52 - 24.05) และถ้าบุคลากรโรงพยาบาล 1 หน่วย จะมีผลต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ลดลง ร้อยละ 12

จากผลการวิจัยพบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลแห่งนี้มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งนี้ค่อนข้างน้อย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งนี้ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อคนรอบข้างให้แก่บุคลากรที่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่

คำสำคัญ: พฤติกรรมการสูบบุหรี่, บุคลากร, สูบบุหรี่

Abstract

This study is a cross-sectional survey aimed at examining the factors influencing smoking behavior among hospital personnel in Trang Province. The study population consisted of personnel working in a hospital in Trang Province. A sample of 344 individuals was obtained through stratified random sampling, proportional to the personnel distribution based on job position and work characteristics within the hospital. The research instrument was a questionnaire. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, the Chi-square test, and multiple logistic regression.

The study found that the majority of the samples (86.34%) did not engage in smoking behavior. Several risk factors influenced smoking among hospital personnel. Males were approximately 54 times more likely to smoke than females (95% CI = 11.03 - 266.04). Those with an education level of junior high school or lower had a 10.07 times higher likelihood of smoking compared to those with a bachelor's degree or higher (95% CI = 2.12 - 47.57). Individuals whose income was just sufficient to cover expenses were about 3 times more likely to smoke than those with insufficient income and debt (95% CI = 1.101 - 9.25). Having friends who smoked increased the likelihood of smoking by approximately 6 times compared to those without friends who smoked (95% CI = 1.52 - 24.05). Additionally, for every one-unit increase in overall attitude score, smoking behavior decreased by 12%.

The study found that addressing smoking behavior among hospital personnel relied on strategies aimed at changing attitudes toward smoking among those who continued to smoke. Additionally, providing education and raising awareness about the dangers of smoking and its impact on those around them were key approaches to encouraging behavior change.

Keywords: Behavior, Hospital Personnel, Smoking

บทนำ

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในภาพรวมทั้งประเทศ จากผลสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร ในปี พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการลดลงของอัตราการสูบบุหรี่ระหว่างเพศ พบว่า เพศชายมีการสูบบุหรี่ลดลงมากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายลดลงจากร้อยละ 43.7 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 34.7 ในปี พ.ศ. 2564 ขณะที่เพศหญิงลดลงจากร้อยละ 2.6 ในปี พ.ศ. 2547 ร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ. 2564 จากรายงานดังกล่าวพบว่า มีคนไทยหลายล้านคนได้รับควันบุหรี่มือสองในบ้าน ร้อยละ 23.7 ของคนสูบบุหรี่มีการสูบบุหรี่ในบ้านเดียวกัน หรือเฉลี่ยทุก 10 ครั้วเรือน จะมี 5 ครั้วเรือนที่มีคนสูบบุหรี่ และมี 3 ครั้วเรือนมีการสูบบุหรี่ภายในบ้าน ส่งผลให้เด็กไม่น้อยกว่า 5 ล้านคนได้รับควันบุหรี่มือสองจากคนที่สูบบุหรี่ในบ้านเดียวกัน หรือเฉลี่ยทุก 10 ครั้วเรือน จะมี 5 ครั้วเรือนที่มีคนสูบบุหรี่ และมี 3 ครั้วเรือนมีการสูบบุหรี่ภายในบ้าน ส่งผลให้เด็กไม่น้อยกว่า 5 ล้านคน ได้รับควันบุหรี่มือสองจากคนที่สูบบุหรี่ในบ้าน (Office of the Tobacco Product Control Committee, 2023)

สถานการณ์การสูบบุหรี่ของภาคใต้มี 2 เขตสุขภาพ คือ เขตสุขภาพที่ 11 และ 12 ครอบคลุมพื้นที่ภาคใต้รวม 14 จังหวัด จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี พบว่า เขตสุขภาพที่ 12 มีความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป สูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 เมื่อเทียบกับเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต จากรายงานสถานการณ์ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 แบ่งตามระดับจังหวัด พบว่า จังหวัดตรังมีความชุกของผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.45 ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีความชุกของผู้สูบบุหรี่ต่ำที่สุดในเขต 12

ปี พ.ศ. 2566 และเมื่อศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า มีความชุกร้อยละ 14.19, 8.82 และ 10.45 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าจังหวัดตรังมีแนวโน้มการสูบบุหรี่ไม่สามารถระบุได้ว่าลดลง และเมื่อพิจารณาผู้สูบบุหรี่ในจังหวัดตรังที่ได้รับการบำบัดพบว่า มีเพียงร้อยละ 47.85 เท่านั้น ซึ่งน้อยกว่าทุกจังหวัดในเขต 12 โดยรายงานข้อมูลจากระบบข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ระดับจังหวัดในปีงบประมาณ 2567 (Information and Communication Technology Center, 2024) สำหรับข้อมูลการสูบบุหรี่ของบุคลากรของโรงพยาบาลแห่งนี้พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 14.92 ทั้งนี้โรงพยาบาลได้มีการประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ ร้อยละ 100 แต่จากการทำกิจกรรม Green & Clean ของโรงพยาบาลยังพบก้นบุหรี่ในพื้นที่บริเวณโรงพยาบาล และมีการสูบบุหรี่ของบุคลากรในกลุ่ม เวรเปล, พนักงานประจำตึก, ผู้ช่วยเหลือคนไข้, คนสวน, คนงาน เป็นต้น ซึ่งพบได้บริเวณจุดพักเวรที่โรงพยาบาลจัดไว้ให้ที่ลานจอดรถใต้อาคารตึกอุบัติเหตุของโรงพยาบาล และมีควันบุหรี่ส่งกลิ่นเหม็นเนื่องจากเป็นบริเวณชั้นใต้ดินอับลม ดังนั้น เพื่อเป็นการแสวงหา กลุ่มผู้สูบบุหรี่ แล้วค้นหาสาเหตุจุดใจ และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดต่อไป (Trang Hospital, 2023)

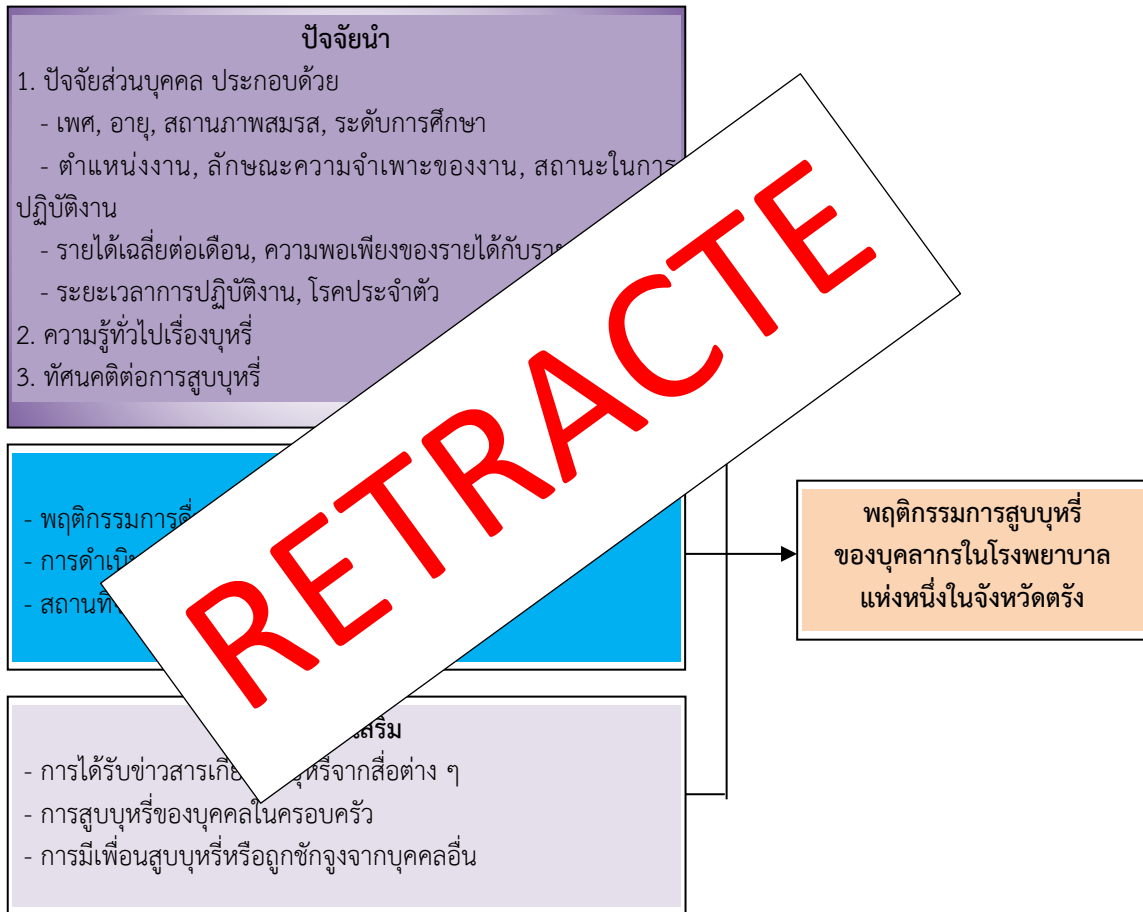
จากเหตุผลและปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งนี้ในจังหวัดตรัง ซึ่งจะส่งผลต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ รวมถึงควันบุหรี่มือสองที่พ่นออกมายังส่งผลเสียแก่บรรยากาศรอบ ๆ ซึ่งมีผู้ป่วยและญาติมารับบริการอาจส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยให้มีอาการมากขึ้น ผู้วิจัยจึงตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญ จึงได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL มาเป็นแนวทางในการศึกษา (Green & Kreuter, 2005) ทั้งนี้ คาดว่าผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องจากโรงพยาบาล จะสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกิจกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่และการคัดกรองผู้สูบบุหรี่เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ในบุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE framework (PRECEDE: Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation) เป็นการวิเคราะห์ย้อนกลับเป็นระยะของการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม เกี่ยวข้องกับปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ในส่วนนี้โดยเริ่มจาก ผลลัพธ์ที่ต้องการ คือ คุณภาพชีวิตของบุคคล แล้วพิจารณาถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล (Green & Kreuter, 2005) กล่าวคือ ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานซึ่งเป็นตัวช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และสถานะทางเศรษฐกิจ) ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยหรือโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่หรือการรับควันบุหรี่มือสอง และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ปัจจัยเอื้อ เป็นแหล่งทรัพยากรที่เอื้อต่อการส่งเสริมในการแสดงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ การหาซื้อได้ง่าย มาตรการขององค์กรเกี่ยวกับบุหรี่ และสถานที่จำหน่ายบุหรี่ จะช่วยส่งเสริมให้บุคลากรเข้าถึงและสามารถอำนวยความสะดวกต่อพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่ได้รับจากบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคลากรกับพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่จากสื่อต่างๆ การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว การถูกชักจูงจากบุคคลอื่น และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยแวดล้อมเหล่านี้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากร ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง จำนวน 2,162 คน (Trang Hospital, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง จำนวน 327 คน โดยการกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรแน่นอนจากสูตรของ Daniel (2010) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Missing) จึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้น จึงได้ตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 345 คน

การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามสัดส่วน (Proportional to size) ของบุคลากรจำแนกตามกลุ่มตำแหน่ง และลักษณะการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (ได้แก่ กลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ รวมถึงกลุ่มพนักงานทั้งสายสนับสนุนและบริการทั้งหมด ได้แก่ พนักงานบริการ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปล พนักงานขับรถ พนักงานสวน เป็นต้น) จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิตามสัดส่วนประชากร (Proportional allocation) ดำเนินการสุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตามตำแหน่ง และลักษณะการปฏิบัติงาน มีจำนวน 11 ชั้นภูมิ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำแนกตามกลุ่มตำแหน่งตามบัญชีรายชื่อ และลักษณะการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง จนครบตามจำนวน

การกำหนดคุณสมบัติของตัวอย่างตามเกณฑ์ คือ เป็นบุคลากรผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง ที่มีอายุงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา คือ ไม่มาปฏิบัติราชการหรือไม่สามารถติดต่อได้ และไม่อยู่ในโรงพยาบาลตรังในช่วงเวลาระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากศึกษาจากเอกสาร แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ความจำเพาะของงานตามสาขาหรือวิชาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้กับรายจ่ายต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สถานะในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเรื่องบุหรี จำนวน 15 ข้อ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน

การแปลผล คือ ความรู้ระดับสูง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 12 -15 คะแนน, ความรู้ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 9 - 11 คะแนน และความรู้ระดับต่ำ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 8 คะแนน (Bloom, 1971)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 4 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 8 ข้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด คะแนน 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับมาก คะแนน 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับน้อย และคะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด (Likert, 1932)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หน่วยงานจัดสถานที่สำหรับสูบบุหรีโดยเฉพาะ หน่วยงานมีป้ายหรือสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี หน่วยงานมีระเบียบกติกากฎ หรือมาตรการทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี และสถานที่จำหน่ายบุหรี

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านปัจจัยเสริม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย การได้รับข่าวสาร ชนิดของสื่อ การสูบบุหรีของบุคคลในครอบครัว (จำนวน 3 ข้อ) การมีเพื่อนที่สูบบุหรี และการถูกชักจูงจากบุคคลอื่น โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบจากตัวเลือกที่กำหนด และเติมข้อความสั้น ๆ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี จำนวน 13 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบจากตัวเลือกที่กำหนด และเติมข้อความสั้น ๆ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับประวัติการสูบบุหรี (จำนวน 4 ข้อ) ชนิดของบุหรี เหตุผลในการเลือกใช้ ปริมาณการใช้ ช่วงเวลาหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมการสูบบุหรี แหล่งที่สามารถซื้อบุหรี สถานที่สูบบุหรีเป็นประจำ ความพึงพอใจในการสูบบุหรี อาการที่พบหากไม่ได้สูบบุหรี การพยายามเลิกสูบบุหรี และวิธีที่ใช้ในการเลิกบุหรี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมและพัฒนาระบบงานสาธารณสุข 1 คน ด้านการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ 1 คน และด้านงานวิจัยและสถิติ 1 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 -1.00 และการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่จะศึกษา คือ บุคลากรจากโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดตรัง จำนวน 30 ตัวอย่าง โดยได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของคำถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเรื่องบุหรี ดังนี้ ความเชื่อมั่นใช้สูตร KR-20 ของ Kuder & Richardson (1937) มีค่าเท่ากับ 0.89 และค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาครอนบาค (Cronbach, 1951) ในส่วนแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ เท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือเป็นบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายต่างๆ ในโรงพยาบาล
2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดในการคัดเลือกตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมรายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครการวิจัย แจกแบบสอบถามให้กับตัวอย่างด้วยตนเอง
4. อาสาสมัครการวิจัยที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ก่อนเริ่มทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล
5. ผู้วิจัยดำเนินการรับแบบสอบถามกลับคืน หากอาสาสมัครการวิจัยไม่สะดวกที่จะตอบแบบสอบถามในทันทีที่สามารถส่งแบบสอบถามได้ ณ หน่วยงานของผู้วิจัยได้โดยตรงในภายหลังหรือวันถัดไป เมื่อตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วนก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และได้รับแบบสอบถามกลับมานครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ครบตามเป้าหมาย จำนวน 344 คน ดำเนินการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปพร้อมทั้งทำการตรวจสอบข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปซ้ำสองครั้งโดยบุคคลสองคน แล้วนำไปใช้คำนวณทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา อธิบายลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตัวอย่าง ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน (Median) พิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (Interquartile Range: IQR) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ โดยตัวแปรปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ของความไม่เป็นอิสระ (Chi-square test for independence) หรือใช้การทดสอบของฟิชเชอร์ (The fisher exact probability test) ในกรณีที่มีค่า Expected count น้อยกว่า 5 มากกว่าร้อยละ 20 โดยกำหนดระดับสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า .05
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Binary logistic regression ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยใช้วิธีวิธี Enter method

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2567/201 วันที่รับรอง 12 มิถุนายน 2567 และเอกสารการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง เลขที่ ID 036/07-2567 วันที่รับรอง 12 กรกฎาคม 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากมีการประกาศรับรองผลการพิจารณาจากคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง เป็นลำดับถัดไป

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยนำ (n=344)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	237	68.90
ชาย	107	31.10
2. สถานภาพสมรส		
สมรส	205	59.59
โสด	108	31.40
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่กับคู่สมรส	31	9.01
3. ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	210	61.05
มัธยมปลาย/ปวช.	52	15.12
สูงกว่าปริญญาตรี	32	9.30
อนุปริญญา/ปวส.	30	8.72
มัธยมต้นลงมา	20	5.81
4. อายุ (ปี)		
ระหว่าง 45.01 – 60 ปี	131	38.08
ระหว่าง 35.01 – 45 ปี	111	32.27
ระหว่าง 20 – 35 ปี	102	29.65
Median = 42, IQR = 15, Max = 60, Min = 20 ปี		
5. ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล		
ต่ำกว่า 11 ปี	148	43.02
ระหว่าง 11-20 ปี	102	29.65
ระหว่าง 21-40 ปี	94	27.33
Median = 14.00, IQR = 16.75, Max = 40, Min = 1 ปี		
6. จำนวนรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
20,000 บาทลงมา	164	47.68
ระหว่าง 20,001 – 40,000 บาท	90	26.16
ตั้งแต่ 40,001 บาทขึ้นไป	90	26.16
Median = 22,800, IQR = 31,150, Max = 100,000, Min = 6,900 บาท		
7. ความพอเพียงของรายได้กับรายจ่ายต่อเดือน		
ไม่พอกับรายจ่ายและเป็นหนี้	137	39.83
รายได้พอดีกับรายจ่าย	122	35.47
เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ	85	24.71
8. สถานที่ท่านปฏิบัติงานในโรงพยาบาล		
ผู้ปฏิบัติงาน	307	89.24
หัวหน้างาน	26	7.56
หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย	11	3.20
9. ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน		
ข้าราชการ	172	50.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
พนักงานกระทรวง	120	34.88
ลูกจ้างรายวัน	39	11.35
ลูกจ้างประจำ และพนักงานราชการ	13	3.77
10. ลักษณะความจำเพาะของงานตามสาขาหรือวิชา		
กลุ่มเจ้าพนักงานและพนักงาน	145	42.15
พยาบาลวิชาชีพ	110	31.98
กลุ่มสหวิชาชีพ	38	11.05
บุคลากรฝ่ายสนับสนุน	27	7.85
แพทย์/ทันตแพทย์	24	6.98
11. โรคประจำตัว		
ไม่มี	245	71.22
มี	99	28.78
12. ความรู้ทั่วไปเรื่องบุหรี่ในภาพรวม		
ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80, 12-15 คะแนน)	230	66.86
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 - 79, 9 - 11 คะแนน)	81	23.55
ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60, 0 - 8 คะแนน)	33	9.59
Median = 13.00, IQR = 4.00, Max = 15, Min = 1 คะแนน		
13. ทศนคติต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวม		
ระดับมาก (ระดับคะแนน 45-60)	305	88.67
ระดับปานกลาง (ระดับคะแนน 28-44)	33	9.59
ระดับต่ำ (ระดับคะแนน 12-27)	6	1.74
Median = 52.00, IQR = 10.00, Max = 60, Min = 26		

จากตาราง 1 ปัจจัยนำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.90 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.59 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 61.05 ค่ามัธยฐานของอายุ เท่ากับ 42 ปี (IQR = 15 ปี) ค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 22,800 บาท (IQR = 31,150 บาท) รายได้ไม่พอกับรายจ่ายและเป็นหนี้ ร้อยละ 39.83 เป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ร้อยละ 89.24 ข้าราชการ ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเจ้าพนักงานและพนักงาน ร้อยละ 42.15 ค่ามัธยฐานของระยะเวลาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เท่ากับ 14 ปี (IQR = 16.75 ปี) มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.22 ความรู้ทั่วไปเรื่องบุหรี่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.86 ค่ามัธยฐานของความรู้ทั่วไปเรื่องบุหรี่ เท่ากับ 13 คะแนน (IQR = 4) และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.67 ค่ามัธยฐานของระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวม เท่ากับ 52 (IQR = 10)

2. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย 1) ไม่ดื่มดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 62.50 2) โรงพยาบาลหรือบ้านพักไม่จัดให้มีสถานที่สำหรับสูบบุหรี่โดยเฉพาะ ร้อยละ 49.41 3) โรงพยาบาลมีป้ายหรือสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่แสดงชัดเจน ร้อยละ 58.72 4) โรงพยาบาลมีระเบียบ กติกา หรือมาตรการทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ไว้ตามจุดต่าง ๆ ร้อยละ 70.35 และ 5) มีสถานที่จำหน่ายบุหรี่ใกล้ ๆ และรอบโรงพยาบาล ร้อยละ 72.67

3. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 1) เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่และกฎหมายบุหรี่จากสื่อต่าง ๆ ร้อยละ 87.97 2) ได้รับข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 85.15 3) มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ 65.41 4) มีเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่หรือปัจจุบันสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 60.17 และ 5) เพื่อนไม่เคยชักชวนให้ลองสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ ร้อยละ 89.24

4. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.34 สำหรับคนที่เคยสูบบุหรี่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ครั้งแรกค่ามัธยฐานอายุ เท่ากับ 18 ปี (IQR = 4 ปี) คนที่เคยสูบบุหรี่มีสาเหตุที่สูบบุหรี่ครั้งแรก คือ อยากทดลองสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ร้อยละ 57.45 คนที่สูบบุหรี่ได้สูบบุหรี่เป็นเวลานานโดยเฉลี่ยประมาณ 14 ปี (SD = 8.37 ปี) โดยมีเหตุผลในการตัดสินใจเลือกชนิดของบุหรี่มากที่สุด คือ ราคา ร้อยละ 38.30 ประเภทของบุหรี่ที่ใช้สูบในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นบุหรี่โรงงาน ร้อยละ 49.12 ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันโดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 มวน/วัน (IQR = 6 มวน/วัน) ช่วงเวลาหรือกิจกรรมที่มีการสูบบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นช่วงก่อนหรือหลังอาหาร ร้อยละ 57.45 แหล่งที่ซื้อบุหรี่ส่วนใหญ่เป็นร้านค้าในชุมชน ร้อยละ 78.72 คนที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นประจำที่บ้าน ร้อยละ 63.04 ไม่มีอาการใดๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากไม่ได้สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 76.09 ส่วนใหญ่มีความพยายามเลิกสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบ ร้อยละ 86.96 และส่วนใหญ่ใช้วิธีการเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ร้อยละ 97.56

5. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติในปัจจุบัน ลักษณะความจำเพาะของงานตามสาขาหรือวิชาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความพอเพียงของรายได้กับรายจ่ายต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สถานะของตัวอย่างในการปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล และการมีโรคประจำตัวของตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p > .05$)

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างความรู้ทั่วไปเรื่องบุหรี่ และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ระดับความรู้ทั่วไปเรื่องบุหรี่ในภาพรวม และระดับทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

7. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือปัจจัยเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมาของตัวอย่าง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของตัวอย่าง โรงพยาบาลหรือบ้านพักจัดให้มีที่สำหรับสูบบุหรี่ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลมีป้ายหรือสัญลักษณ์ห้ามสูบบุหรี่ โรงพยาบาลมีระเบียบ กติกา หรือมาตรการทางสังคมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ และปัจจัยเกี่ยวกับสถานที่จำหน่ายบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p > .05$)

8. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือปัจจัยเกี่ยวกับมีบุคคลในครอบครัวของตัวอย่างที่สูบบุหรี่ ปัจจัยเกี่ยวกับการมีเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่หรือปัจจุบันสูบบุหรี่อยู่ และปัจจัยเกี่ยวกับเพื่อนเคยชักชวนให้ลองสูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่และกฎหมายบุหรี่จากสื่อต่างๆ และจำนวนคนในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($p > .05$)

9. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตัวอย่าง ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทุกปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากร

ตัวแปร	Gender	Education	Profession	Position	Income	Sufficiency	Knowledge	Attitude	FSmokes	FrSmokes	Persuaded
Gender	1.00										
Education	.388**	1.00									
Profession	.405**	.688**	1.00								
Position	-.396**	-.643**	-.888**	1.00							
Income	-.340**	-.600**	-.815**	.808**	1.00						
Sufficiency	.030	.081	.166**	-.143**	-.234**	1.00					

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	Gender	Education	Profession	Position	Income	Sufficiency	Knowledge	Attitude	FSmokes	FrSmokes	Persuaded
Knowledge	-.272**	-.459**	-.553**	.503**	.498**	-.107*	1.00				
Attitude	-.364**	-.368**	-.451**	.454**	.417**	-.144**	.434**	1.00			
FSmokes	.026	.078	.110*	-.092	-.139**	-.046	-.188**	-.201**	1.00		
FrSmokes	.316**	.221**	.284**	-.291**	-.232**	.047	-.139**	-.183**	.142**	1.00	
Persuaded	.355**	.193**	.248**	-.272**	-.250**	.082	-.277**	-.224**	.122**	.282**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 2 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตัวอย่าง มีระดับความสัมพันธ์ ที่เกิน .80 ได้แก่ ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และลักษณะความจำเพาะของงานตามสาขาหรือวิชา ส่วนปัจจัยอื่นๆ มีความสัมพันธ์ไม่เกิน .80 (Stevens, 1996) เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเองที่สูงมาก (Multicollinearity) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงจำเป็นต้องตัดตัวแปรอิสระออกไปจากการวิเคราะห์ตัวแบบความสัมพันธ์ประกอบด้วย ปัจจัยรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งงานที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน และลักษณะความจำเพาะของงานตามสาขาหรือวิชาชีพ

10. การวิเคราะห์การตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงทุกปัจจัยที่เป็นปัจจัยนำและส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ของตัวอย่างบุคลากรโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ เพศชาย ($\beta = 4.78, p < .001$) ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นลงมา ($\beta = 2.59, p < .01$) การมีรายได้พอดีกับรายจ่าย ($\beta = 2.30, p < .05$) และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวม ($\beta = -2.64, p < .01$) ส่วนปัจจัยนำที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย-อนุปริญญา (ปวช.-ปวส.) การมีรายได้เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ และความรู้ทั่วไปเรื่องบุหรี่ในภาพรวม ($p > .05$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตัวอย่างบุคลากรในโรงพยาบาล ($p > .05$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตัวอย่างบุคลากรในโรงพยาบาล ($\beta = 2.15, p < .05$) ส่วนปัจจัยเสริมที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ได้แก่ การมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ และการที่เพื่อนเคยชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ ($p > .05$) รายละเอียดดังตาราง 3

ผลการวิเคราะห์ตัวแบบของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ตัวแบบปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาล คือ (รายละเอียดดังตาราง 4)

$$\text{Log(odds)} = -3.5 + 4.92(\text{Sex}) + 2.9(\text{Edu2}) + 2.14(\text{Suffic1}) - 3.66(\text{Adt}) + 2.56(\text{FrSmoke})$$

เมื่อ $\text{Log(odds)} = \log \left[\frac{p}{1-p} \right]$ ซึ่ง p คือ โอกาสของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และ $1-p$ โอกาสของการป้องกันพฤติกรรมการสูบบุหรี่

เมื่อพิจารณาแต่ละปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของตัวอย่างบุคลากรในโรงพยาบาล พบว่า เพศชายมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิงที่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประมาณ 54 เท่า (95%CI = 11.03 - 266.04) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นลงมา มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าตัวอย่างที่มีระดับปริญญาตรีและสูงกว่าที่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ประมาณ 10.07 เท่า (95%CI = 2.12 - 47.96) ความพอเพียงของรายได้กับรายจ่ายต่อเดือน พบว่า ตัวอย่างที่มีรายได้พอดีกับรายจ่ายมีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าตัวอย่างที่มีรายได้ไม่พอกับรายจ่ายและเป็นหนี้ ประมาณ 3 เท่า (95%CI = 1.10 - 9.25) และปัจจัยเสริม การมีเพื่อนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าไม่มีเพื่อนที่สูบบุหรี่ ประมาณ 6 เท่า (95%CI = 1.52 - 24.05) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 การตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากร

ปัจจัย	β	p-value	Std. Err.	Odds Ratio	[95% Conf. Interval]	
					Lower	Upper
ปัจจัยนำ						
1. เพศ						
หญิง (ตัวแปรอ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
เพศชาย	4.78	<.001**	46.20	55.14	10.67	284.94
2. ระดับการศึกษา						
ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า (อ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย-อนุปริญญา (ปวช.-ปวส.)	1.06	.289	1.09	1.86	.59	5.84
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นลงมา	2.59	.009**	6.55	8.12	1.67	39.51
3. ความพอเพียงของรายได้กับรายจ่ายต่อเดือน						
ไม่พอกับรายจ่ายและเป็นหนี้ (อ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
รายได้พอกับรายจ่าย	2.30	.022*	2.42	4.00	1.23	13.07
เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ	-.96	.338	.38	.41	.06	2.57
4. ความรู้ทั่วไปเรื่องบุหรี่ในภาพรวม	-1.34	.179	.07	.90	.78	1.05
5. ทักษะต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวม	-2.64	.008*	.04	.90	.84	.97
ปัจจัยเอื้อ						
6. การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม (อ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
ดื่ม	.43	.671	1.10	1.40	.30	6.55
ปัจจัยเสริม						
7. มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่						
ไม่มี (อ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
มี	.96	.336	.93	1.69	.58	4.95
8. มีเพื่อนที่สูบบุหรี่						
ไม่มี (อ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
มี	2.15	.032*	3.96	5.18	1.16	23.20
9. เพื่อนเคยชักชวนให้ลองสูบบุหรี่						
ไม่มี (อ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
มี	.54	.590	.77	1.36	.45	4.18

Constant = -.53, Pseudo R^2 = .574, LR χ^2 = 157.37, Log likelihood = -58.499* $p < .05$, ** $p < .001$

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากร

ปัจจัย	β	OR	95% CI	OR _{adj}	95% CI of OR _{adj}	p-value
1. เพศ (Sex)						
หญิง (ตัวแปรอ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
เพศชาย	4.92	55.14	10.67-284.94	54.18	11.03-266.04	<.001**
2. ระดับการศึกษา						
ระดับปริญญาตรีและสูงกว่า (อ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย-อนุปริญญา (ปวช.-ปวส.) (Edu1)	1.20	1.86	.59 – 5.84	1.93	.66 – 5.63	.229

ตาราง 4 (ต่อ)

ปัจจัย	β	OR	95% CI	OR _{adj}	95% CI of OR _{adj}	p-value
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นลงมา (Edu2)	2.90	8.12	1.67 – 39.51	10.07	2.12 – 47.96	.004**
3. ความพอเพียงของรายได้กับรายจ่ายต่อเดือน						
ไม่พอกับรายจ่ายและเป็นหนี้ (อ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
รายได้พอกับรายจ่าย (Suffic1)	2.14	4.00	13.07	3.19	1.10 – 9.25	.033*
เพียงพอและมีเงินเหลือเก็บ (Suffic2)	-1.32	.41	.06 – 2.57	.30	.05 – 1.80	.187
4.ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวม (Adt)	-3.66	.90	.84 - .97	.88	.82 - .94	<.001**
5. มีเพื่อนที่สูบบุหรี่ (FrSmoke)						
ไม่มี (อ้างอิง)	-	-	-	-	-	-
มี	2.56	5.18	1.16 – 23.20	6.05	1.52 – 24.05	.011*

Constant = - .3 5 , Pseudo R² = .55 9 , LR chi² = 153 .38 , Log likelihood = -60.495 ,
* p < .05, ** p < .001

ส่วนปัจจัยทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวม ถ้าบุคลากรตัวอย่างจากโรงพยาบาลมีระดับทัศนคติในภาพรวมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ลดลง ร้อยละ 12 (จากตาราง 4 ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวม ค่า OR = .88, 95%CI = .82 - .94) สามารถคำนวณได้จากสูตร $[(.88 - 1) \times 100]$ เท่ากับ -12.0 (ซึ่งค่าร้อยละหาจากสูตร $[\text{Exp}(B)-1] \times 100$ โดยค่า $\text{Exp}(B)$ หรือ ค่า Odds Ratio)

อภิปรายผล

บุคลากรเพศชายมีโอกาสสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 54 เท่า (95%CI = 11.03 - 266.04) เนื่องจากบุคลากรเพศชายมักสูบบุหรี่มาตั้งแต่วัยเรียนหรือวัยรุ่นมาก่อนแล้วสอดคล้องกับการศึกษาของ Sijuk (2023) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทำนองเดียวกับ Luksanavimon, Petsirasan, Aekwarangkoon, & Noonil (2020) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Yanarueng, Laohasirivong, Phimha, Yotha, Phanyotha, Pinsuwan, et al. (2023) ทำการศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุในประเทศไทยโดยใช้การวิเคราะห์แบบพหุระดับ พบว่า เพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ประมาณ 6 เท่า (AOR: 6.36, 95% CI: 5.80–6.94, $p < .001$) ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Chinpong (2021) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชนในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชน ($p < .05$)

ระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นลงมา มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าบุคลากรที่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปต่อการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ประมาณ 10.07 เท่า (95%CI = 2.12 - 47. 96) อาจเป็นไปได้ว่าระดับการศึกษาอาจส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ที่ดีและสามารถเข้าใจประเด็นเกี่ยวกับพิษภัยของการสูบบุหรี่ของตัวอย่างบุคคลในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Sijuk (2023) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทำนองเดียวกับการศึกษาของ Komkong & Noosorn (2021) ทำการศึกษาระดับ ปวช. มีผลต่อพฤติกรรมสูบบุหรี่ของเกษตรกรชายชาวไร่ยาสูบ จังหวัดสุโขทัย ที่ลดลง ร้อยละ 80 เมื่อเทียบตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา (OR=0.195, 95% CI= 0.06-0.61) ตรงกันข้ามการการศึกษาของ Chinpong (2021) ไม่พบมีความสัมพันธ์ของการศึกษากับพฤติกรรมการสัมผัสบุหรี่ของประชาชนในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา

การมีรายได้พอดีกับรายจ่ายของตัวอย่างบุคลากรจากโรงพยาบาล มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าตัวอย่างที่มีรายได้ไม่พอกับรายจ่ายและเป็นหนี้ ประมาณ 3 เท่า (95%CI = 1.10 - 9.25) ซึ่งเป็นไปได้ว่าบุคลากรกลุ่มนี้ไม่เพียงพอด้านค่าใช้จ่ายประจำวันและมีเศรษฐกิจของครอบครัวค่อนข้างมั่นคงกว่ากลุ่มที่เป็นหนี้หรือมีรายได้ไม่เพียงพอ จึงสามารถจัดหาบุหรี่ได้อย่างไม่ต้องกังวลกับการเงินของครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Sijuk (2023) พบว่า สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Chaiwong (2021) พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจสถานีตำรวจภูธร เมืองเชียงราย

ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในภาพรวม พบว่า ถ้าหากบุคลากรตัวอย่างจากโรงพยาบาลมีระดับทัศนคติในภาพรวมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีผลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลง ร้อยละ 12 ($OR_{adj} = .88$, 95%CI = .82 - .94) ซึ่งกล่าวอีกนัยหนึ่งถ้ามีทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่สูงก็จะเป็นการป้องกันตัวอย่างไม่เกิดการสูบบุหรี่ของบุคลากรในโรงพยาบาล ถ้าหากว่าบุคลากรมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ยิ่งจะไม่มีความคิดที่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่ว่าจะมีการยั่วยุ หรือชักชวนจากคนใกล้ชิด หรือสื่อโฆษณาต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sijuk (2023) พบว่าทัศนคติต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากรกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kuwalairat, Sornkate, Lertsinudon, & Winit-Watjana (2023) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อการณรงค์ไม่สูบบุหรี่กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ในชุมชนของตำบลปากน้ำชุมพร พบว่า คะแนนทัศนคติเฉลี่ยในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่มากกว่าในกลุ่มที่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Onmoy, Buarueang, Paponngam, Janrungruang, lao-noi, & Boonrawd (2022) พบว่า ทัศนคติที่ดีกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุดรดิตถ์ ($p = .001$) ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Komkong & Noosorn (2021) พบว่า กลุ่มตัวอย่างของเกษตรกรชายชาวไร่ยาสูบ จังหวัดสุโขทัยที่มีทัศนคติที่ไม่ดีจะมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติดีระดับดี 1.96 เท่า ($p < 0.001$) ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Chaiwong (2021) พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของข้าราชการตำรวจสถานีตำรวจภูธร เมืองเชียงราย

ปัจจัยเสริมประเด็น มีเพื่อนที่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงสูงกว่าไม่มีเพื่อนที่สูบบุหรี่ ประมาณ 6 เท่า (95%CI = 1.52 - 24.05) อาจเป็นไปได้ว่าตัวอย่างบุคลากรของโรงพยาบาลบางกลุ่มอาจใช้เวลาอยู่กับเพื่อนๆ ที่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่แล้วและอาจไม่คำนึงถึงพิษภัยของบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sijuk (2023) พบว่า การมีเพื่อนที่เคยสูบบุหรี่หรือปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบของบุคลากร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ Onmoy, Buarueang, Paponngam, Janrungruang, lao-noi, & Boonrawd (2022) พบว่า เพื่อนสนิทสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุดรดิตถ์ ($p < .001$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Sonthon, Janma, & Sonthon (2022) พบว่า การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิทและการพบเห็นโฆษณาบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเพชรบูรณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ Luksanavimon, Petsirasan, Aekwarangkoon, & Noonil (2020) พบว่า การสูบบุหรี่ของเพื่อนสนิทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชน อำเภอนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาที่ได้สังเกตได้ถึงประเด็นที่สำคัญสำหรับนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรี่ของบุคลากรของโรงพยาบาลแห่งนี้ โดยอาศัยกลวิธีในการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ให้แก่บุคลากรที่ยังคงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มบุคลากรเพศชาย และผู้ที่มิได้มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา

2. การเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่หรือผลกระทบต่อคนรอบข้างให้แก่บุคลากรที่ยังคงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่สมัครใจ และการหามาตรการจูงใจสำหรับผู้สูบบุหรี่ที่ไม่สามารถเลิกสูบได้ให้สามารถเลิกสูบบุหรี่และไม่กลับไปพึ่งพาสิ่งทดแทนที่มีปัญหาเช่นเดียวกันกับบุหรี่

References

- Bloom, B. S. (1971). *Affective consequences of school achievement*. In J. H. Block (Ed.), *Mastery learning: Theory and practice*. Holt, Rinehart and Winston.
- Chaiwong, W. (2021). *Factors towards smoking behaviors among police officers in Mueang Chiangrai Provincial Police Station* [Research]. (in Thai)
- Chinpong, S. (2021). Relationship between cigarettes exposure behavior among people in district, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*, 1(2), 45-56.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: basic concepts and methodology for the health sciences* (9th ed.). John Wiley & Sons.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: an educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Information and Communication Technology Center. (2024). *Screening and treatment for tobacco addiction (SpecialPP) in Trang province, fiscal year 2023*. The Permanent Secretary Ministry of Public Health. Retrieved 2024, November 13 from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
- Komkong, R., & Noosorn, N. (2021). Factors affecting smoking behavior among tobacco farmers in Sukhothai. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 29(1), 70-81.
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>
- Kuwalairat, P., Sornkate, R., Lertsinudon, S., & Winit-Watjana, W. (2023). Association between residents' perceptions of the smoking cessation campaign and smoking behaviors with attitudes towards smoking in the communities of Paknam-Chumphon subdistrict. *Srinagarind Medical Journal*, 38(1), 57-69.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 5-55.
- Luksanavimon, L., Petsirasan, R., Aekwarangkoon, S., & Noonil, N. (2020). Factors related to smoking behavior among youths in Thasala district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Health Science*, 69(1), 1-9.
- Office of the Tobacco Product Control Committee. (2023). *Annual report 2023 office of tobacco products control committee*. Department of Disease Control. (in Thai)

- Onmoy, P., Buarueang, A., Paponngam, C., Janrungrueang, T., lao-noi, N., & Boonrawd, A. (2022). Factors associated with electronic cigarette smoking behaviors of adolescents in Uttaradit province, Thailand. *Journal of Health Science*, 31, S197 - S205.
- Sijuk, K. (2023). *Factors related to tobacco products consumption behavior of diseases control department staffs, Ministry of Public Health [Research]*. Office of Tobacco Products Control Committee. (in Thai)
- Sonthon, P., Janma, N., & Sonthon, A. (2022). *Prevalence of electronic cigarette and association with alcohol drinking, cannabis use and cigarette smoking among Senior high school students, Phetchabun [Research]*. Faculty of Science and Technology, Phetchabun Rajabhat University. (in Thai)
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social science*. Lawrence Erlbaum Associate, Inc., New Jersey: Mahwah.
- Vanichbuncha, K. (2008). “ka n wikhro kho mu n la i tu apræ ”. [Multivariate Analysis]. (3rd ed.). Statistics Department. Chulalongkorn Business School Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Stevens, J. P. (2009). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (5th ed.). Routledge.
- Trang hospital, H. R. D. (2024). *Annual summary report on hospital personnel for 2023*. (in Thai)
- Trang Hospital, S. M. D. (2023). *Summary report on screening and treatment of tobacco addiction among personnel for fiscal year 2023 [Report]*. (in Thai)
- Yanarueng, S., Laohasiriwong, W., Phimha, S., Yotha, N., Phanyotha, S., Pinsuwan, C., Senahad, N., Nilnate, N., Nonthamat, A., & Prasit, N. (2023). Health determinant factors associated with smoking behaviour of older adults in Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 21(1), 32-44. <https://doi.org/10.55131/jphd/2023/210103>.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ และทัศนคติ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาต้าน
อักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์

Effects of a Knowledge and Attitude Enhancement Program on Behavioral
Modification in Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use Among People in Si
Thep District, Phetchabun Province

อัสนี ขำยิ่งเกิด, พิยดา เมยขุนทด, ชนพัฒน์ แป้นขำ, วรณภา พุขุนทด, สุทธิกาญจน์ มุงขุนทด*,
ปณณทัต ตันธนปัญญากร, นลพรรณ ชันติกุลานนท์ และ ชนินันท์ ประเสริฐไทย

Asamee Kamyingerd, Piyada Merykhuntod, Chonnapat Paenkham, Wannapha Phukhantod,
Sootthikarn Mungkhunthod*, Phannathat Tanthanapanyakorn, Nonlapan Khantikulanon,
and Chaninan Praserttai

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
Faculty of Public Health, Walaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage

(Received: December 25, 2024; Revised: January 26, 2025; Accepted: March 3, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้ เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ และทัศนคติ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน เป็นประชาชนที่มีอายุ 20 - 59 ปี อาศัยอยู่ในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ และผ่านการคัดกรองการใช้ยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ อย่างน้อย 1 ชนิด ในช่วง 1 เดือน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ และทัศนคติ จำนวน 8 สัปดาห์ สองสัปดาห์ต่อครั้ง รวมกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง และติดตามผลการทดลองหลังได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 1 เดือน รวมระยะเวลาการทดลอง 3 เดือน วัดผลการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า

1. ภายหลังติดตาม 1 เดือน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)
2. ภายหลังติดตาม 1 เดือน ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการใช้ยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)
3. ภายหลังติดตาม 1 เดือน ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ผลจากการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ หน่วยงานด้านสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลไปปรับปรุงแนวทางการให้คำแนะนำ และการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ปลอดภัย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่ปลอดภัยของประชาชนในระยะยาว

คำสำคัญ: ยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์, ความรู้และทัศนคติ, พฤติกรรมสุขภาพ, การศึกษาเชิงกึ่งทดลอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Sootthikarn@vru.ac.th)

Abstract

This quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design aimed to evaluate the effects of a knowledge and attitude enhancement program on behavioral modification in the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). The sample consisted of 50 participants aged 20–59 years, residing in Si Thep District, Phetchabun Province, who had been screened for the use of at least one type of NSAID in the past month. Participants were purposively selected based on inclusion criteria. The intervention program lasted for eight weeks, with sessions held every two weeks, totaling four sessions. After completing the program, participants were followed up for one month, making the total study duration three months. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics and Paired t-test. The results showed that:

1. One month after the follow-up, the mean knowledge score regarding the use of NSAIDs significantly increased compared to the pre-experiment score (p-value < .001).
2. One month after the follow-up, the mean attitude score toward NSAIDs use significantly improved compared to the pre-experiment score (p-value < .001).
3. One month after the follow-up, the mean behavioral score related to NSAIDs use significantly decreased compared to the pre-experiment score (p-value < .001).

These findings highlight the importance of enhancing knowledge and fostering appropriate attitudes in modifying NSAIDs usage behavior. Public health agencies can utilize this information to improve guidelines for counseling and communication regarding safe medication use, ultimately promoting sustainable health behaviors among the population.

Keywords: NSAIDs, Knowledge and Attitudes, Health Behaviors, Quasi-Experimental Study

บทนำ

ยาต้านอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs) ออกฤทธิ์ในการแก้ปวด ลดการอักเสบ และลดไข้ โดยเฉพาะการระงับปวดระดับเล็กน้อยถึงปานกลางที่เกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น โรคข้ออักเสบ อาการปวดศีรษะ อาการปวดกล้ามเนื้อ และอาการบาดเจ็บต่าง ๆ NSAIDs ทำงานโดยการยับยั้งเอนไซม์ไซโคลออกซีจีเนส (COX) ซึ่งเป็นตัวกลางในการสร้างสารโพรสตาแกลนดินที่มีส่วนทำให้เกิดอาการปวดและอักเสบ ยาในกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญในการจัดการกับอาการเจ็บปวด และการอักเสบในหลาย ๆ สถานะทางการแพทย์ (Costa, Soares, Borges, Gonçalves, Andrade, & Ribeiro, 2024) ในปัจจุบันประชาชนจำนวนมากใช้ยา NSAIDs ไม่สมเหตุสมผล เนื่องจาก NSAIDs เป็นยาที่สามารถหาซื้อได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งจากแพทย์ ทำให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ง่าย ส่งผลให้มีการใช้ยาเหล่านี้อย่างแพร่หลาย (Koonlawong, Sooparattanagool, & Chaisri, 2018) อย่างไรก็ตาม การใช้ยานี้อย่างไม่ระมัดระวังและเกินขนาดสามารถก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงได้ ได้แก่ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการปวดไม่สบายท้อง อาหารไม่ย่อย ไปจนถึงเกิดแผล หรือเลือดออกในทางเดินอาหาร ผลต่อไตทำให้มีโอกาสเกิดไตวายเฉียบพลัน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอัตราการขับสารต่างๆ ออกจากไต และปริมาณของเลือดมาเลี้ยงไต ทำให้มีการคั่งของน้ำในร่างกาย ผลต่อดับทำให้ค่าเอนไซม์ของตับผิดปกติเกิดพิษต่อดับได้ (Pedrolongo, Sagioneti, Weckwerth, Oliveira, Santos, Calvo, et al., 2024) และผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากยา NSAIDs ทุกชนิดอาจทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยเฉพาะถ้าใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน ยาบางชนิดอาจทำให้เกิด Agranulocytosis ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต เป็นต้น (Barakat, Aziz, & Abougalambou, 2023) ดังนั้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ให้เหมาะสมจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริม และสนับสนุนในชุมชนต่าง ๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท (O'Connor, McCaffrey, Whyte, Moran, & Lacey, 2018)

ปัจจุบันยา NSAIDs มีการใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้ว ตามข้อมูลจากการศึกษาในหลายประเทศ พบว่า ประมาณ 60 - 70% ของประชาชนมีการใช้ NSAIDs ในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง การสำรวจในประเทศต่าง ๆ เช่น สหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักรชี้ให้เห็นว่าผู้คนส่วนใหญ่ใช้ NSAIDs เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคข้ออักเสบ อาการปวดหลัง และอาการปวดศีรษะ (Bindu, Mazumder, & Bandyopadhyay, 2020) และสำหรับในประเทศไทย พบว่า ยา NSAIDs เป็นกลุ่มยาที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายเช่นเดียวกับในระดับโลก จากการสำรวจข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า ประมาณร้อยละ 50 - 60 ของประชาชนเคยใช้ NSAIDs ในช่วงปีที่ผ่านมา ยานี้ถูกใช้ในสถานพยาบาล และร้านยาเพื่อรักษาอาการปวดทั่วไปและอาการเจ็บปวดเรื้อรัง ซึ่งส่วนมากผู้ที่มีการใช้ NSAIDs มักเป็นผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เพื่อใช้บรรเทาอาการของโรคข้ออักเสบหรืออาการปวดหลัง (leamsukmongkhon, Soaythong, & Saynoi, 2016) ดังนั้น แม้การใช้ยาในกลุ่มนี้จะสามารถบรรเทาอาการปวดได้ แต่ยังมีปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาเกินขนาด การใช้ยานานเกินไปโดยไม่มีการควบคุม และการเกิดผลข้างเคียงต่าง ๆ ทำให้หน่วยงานสาธารณสุขในประเทศไทยมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ (Kulapatsangtong, Khungtumneum, & Bunthan, 2022)

การใช้ยา NSAIDs เป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป เนื่องจากยาเหล่านี้มีประสิทธิภาพสูงในการบรรเทาอาการปวดและลดการอักเสบ อีกทั้งยังหาซื้อได้ง่าย (Choong, Lew, George, Tan, Leow, & Leow, 2019) ในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ประชากรมีการใช้ยา NSAIDs อย่างแพร่หลาย ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่สมาชิกส่วนใหญ่มักประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน เช่น เกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไป ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดและบาดเจ็บจากการทำงาน และนำไปสู่การใช้ยา NSAIDs เพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง หากมีการใช้ NSAIDs อย่างไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาเกินขนาด การใช้ยาไม่ตรงตามคำแนะนำของแพทย์ หรือการใช้ยาโดยไม่จำเป็น อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร ความดันโลหิตสูง หรือการทำงานของไตเสื่อมลง (Nong Yang Thoi Health Promoting Hospital, 2024) นอกจากนี้ การเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด KAP (Knowledge, Attitude, Practice) (Schwartz, 1976) มาใช้เป็นกรอบในการศึกษา แม้ว่าแนวคิด KAP จะเป็นแนวคิดที่พัฒนามานานแล้ว แต่ยังคงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในบริบทของการศึกษารุ่นนี้ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมในการวิเคราะห์ และประเมินพฤติกรรมสุขภาพ โดยแนวคิดนี้เน้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Practice) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะในบริบทของการใช้ยา NSAIDs แนวคิด KAP ยังคงเป็นแนวคิดที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในการประเมินผลกระทบของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การใช้แนวคิด KAP ช่วยให้เราสามารถระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา NSAIDs ได้อย่างครอบคลุม และสามารถวางแผนและพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นการปรับปรุงความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการใช้ยา การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงลบที่เกี่ยวข้อง และการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม (Aboalrob, Eid, Esa, Koni, Al-Jabi, & Zyoud, 2023) ทั้งนี้ การใช้แนวคิด KAP ในการศึกษารุ่นนี้ได้รับการปรับประยุกต์ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถสะท้อนกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในมิติต่าง ๆ ได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสมต่อบริบทของชุมชนที่ศึกษา

สำหรับช่องว่างของการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs และผลข้างเคียง (Cornu, Grange, Regalin, Munier, Ounissi, & Reynaud, 2020) แต่การวิจัยที่มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในการใช้ยา NSAIDs ในกลุ่มประชาชนระดับชุมชนยังคงมีอยู่อย่างจำกัด (Arensiripornkul, Phueanpinit, Pongwecharak, & Krska, 2019) โดยเฉพาะในบริบทของอำเภอศรี

เทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะของชุมชนที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ ประชาชนในพื้นที่นี้มักใช้ยา NSAIDs โดยไม่ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร ทำให้อัตราการใช้ยาไม่เหมาะสมมีแนวโน้มสูง การศึกษาที่เน้นการพัฒนาความรู้และทัศนคติในบริบทดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยงจากการใช้ยา NSAIDs ไม่เหมาะสมและส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในชุมชน ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่เน้นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยา NSAIDs การปฏิบัติที่ปลอดภัยในการใช้ยา รวมถึงการปรับทัศนคติของประชาชนในการใช้ยาอย่างระมัดระวังและไม่เกินความจำเป็น ตลอดจนส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ของประชาชนเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจดำเนินการศึกษาวิจัยนี้เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ของประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาสามารถช่วยให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขพัฒนากลยุทธ์ และแนวทางในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ได้ดียิ่งขึ้น โดยสามารถนำเสนอข้อมูลที่จำเป็นต่อการลดความเสี่ยง และส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์วิจัย

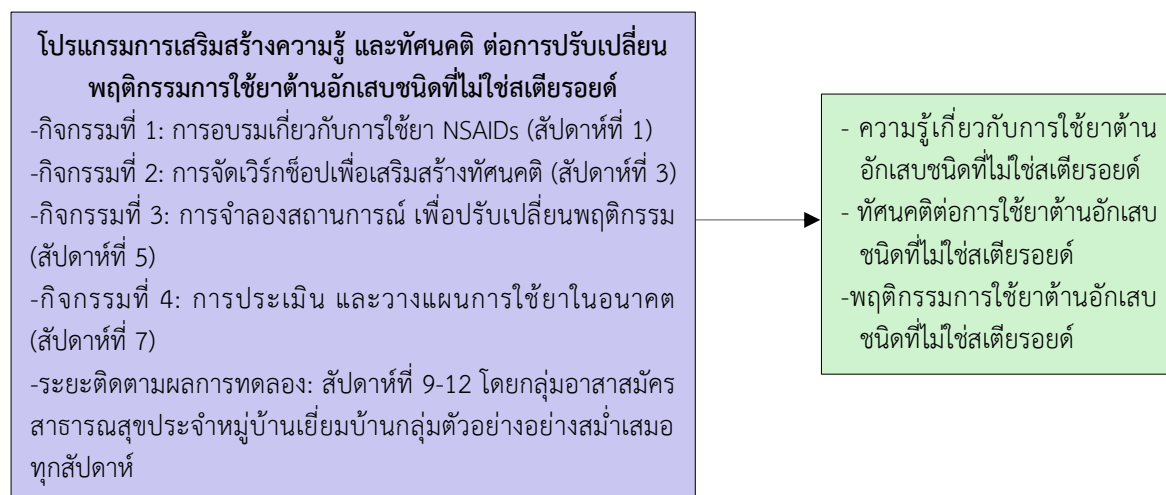
1. เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาด้านอักเสบนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ก่อนการทดลองและหลังติดตาม 1 เดือน
2. เพื่อประเมินทัศนคติต่อการใช้ยาด้านอักเสบนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ก่อนการทดลองและหลังติดตาม 1 เดือน
3. เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาด้านอักเสบนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ของประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ก่อนการทดลองและหลังติดตาม 1 เดือน

สมมติฐาน

1. ภายหลังติดตาม 1 เดือน ประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง
2. ภายหลังติดตามผล 1 เดือน ประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการใช้ยา NSAIDs เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง
3. ภายหลังติดตาม 1 เดือน ประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยสำหรับการศึกษานี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎี KAP model (Schwartz, 1976) โดยกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงลำดับของกระบวนการเสริมสร้างพฤติกรรม โดยโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติจะส่งผลให้เกิดเพิ่มความรู้เปลี่ยนแปลงทัศนคติในทางที่ดีขึ้น จากนั้นทัศนคติที่ดีจะกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ให้เหมาะสมมากขึ้น สามารถแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อน และหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ และมีการใช้ยา NSAIDs เพื่อบรรเทาอาการปวดหรืออักเสบจากสาเหตุต่าง ๆ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนจำนวน 50 คน ที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ และมีประวัติการใช้ยา NSAIDs อย่างน้อย 1 ชนิด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.50 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power (Beta) = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 45 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดจากการออกจากการศึกษา (Dropout) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 10.00 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้จึงเท่ากับ 50 คน

สำหรับการสุ่มตัวอย่างเลือกสุ่มจากประชากรที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีการใช้ยา NSAIDs โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สามารถอธิบายได้ตามขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 เลือกตำบลที่เหมาะสมจากทั้งหมด 7 ตำบลในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเลือกตำบลหนองย่างทอยเป็นกลุ่มทดลองเนื่องจากมีลักษณะเฉพาะที่ตรงกับปัญหาการใช้ยา NSAIDs โดยประชาชนมีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา NSAIDs ไม่ถูกต้องหรือใช้ยาต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งอาจเสี่ยงต่อผลข้างเคียงที่เกิดจากยาได้

ขั้นตอนที่ 2 จากประชากรในตำบลหนองย่างทอย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20 - 59 ปี 2) มีประวัติการใช้ยา NSAIDs อย่างน้อย 1 ชนิด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 3) อาศัยอยู่ในตำบลหนองย่างทอย 4) มีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมตลอดระยะเวลา 3 เดือน และ 5) สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง หรือโรคหัวใจที่รุนแรง ตลอดจนผู้ที่มีภาวะทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depression) โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) โรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนใจ (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) และ 2) ไม่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางการเรียนรู้ เช่น ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability) ซึ่งอาจส่งผลต่อการทำความเข้าใจเนื้อหาของโปรแกรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในโปรแกรมได้อย่างครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ และทัศนคติ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs พัฒนาการประยุกต์แนวคิดจากทฤษฎี KAP Model (Schwartz, 1976) โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจ และวิเคราะห์พฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ผ่าน 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดจากการปรับปรุงความรู้ (Knowledge) ซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude) และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Practice) ที่เหมาะสมตามลำดับ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับยา NSAIDs ได้แก่ การให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับยา NSAIDs การอธิบายผลข้างเคียงและความเสี่ยง และการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการใช้ยา

2) การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยา NSAIDs โดยการดำเนินการเสริมสร้างให้รู้สึกถึงความรับผิดชอบ การสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุน และการเปลี่ยนแปลงความคิดเชิงลบ

3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs โดยจะดำเนินการจัดการอบรมเพื่อให้ความรู้และแนวทางการใช้ยา NSAIDs จากการจำลองสถานการณ์ การติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังจากที่มีการให้ข้อมูลผ่านการอภิปรายกลุ่ม และการจัดให้มีการสื่อสารหรือกลุ่มสนับสนุนที่ช่วยให้ประชาชนสามารถปรึกษาหรือสอบถามเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs

ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs จะใช้แนวทางที่มีการเชื่อมโยงกันอย่างชัดเจนระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม โดยความรู้จะเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมใช้ยา NSAIDs อย่างปลอดภัย โดยโปรแกรมนี้ดำเนินการวิจัยระหว่างสิงหาคม ถึงตุลาคม พ.ศ. 2567 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การอบรมเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs (สัปดาห์ที่ 1) เพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับยา NSAIDs ที่ถูกต้อง (Knowledge)

กิจกรรมที่ 2: การจัดเวิร์กช็อปเพื่อเสริมสร้างทัศนคติ (สัปดาห์ที่ 3) เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง (Attitude) เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs

กิจกรรมที่ 3: การจำลองสถานการณ์ (สัปดาห์ที่ 5) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Practice) การใช้ยา NSAIDs

กิจกรรมที่ 4: การประเมิน และวางแผนการใช้ยาในอนาคต (สัปดาห์ที่ 7) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถวางแผนการใช้ยา NSAIDs

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (Schwartz, 1976) ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs (Nsoswa, 2018; Vina, Hannon, Quinones, Hausmann, Ibrahim, Dagnino, et al., 2021; Fraenkel, Buta, Suter, Dubreuil, Levy, Najem, et al., 2020) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เก็บข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะข้อคำถามมีทั้งแบบปลายเปิด-ปลายปิด ซึ่งมีคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว สิทธิการรักษา และสถานที่ที่ได้รับยา NSAIDs

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Nsowa, 2018) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดโดยให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” หากตอบใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

สำหรับเกณฑ์ในการแบ่งระดับของความรู้พิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom (1956) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อย (0 - 10 คะแนน) ระดับปานกลาง (11 - 14 คะแนน) และระดับสูง (15 - 18 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติต่อการใช้ยา NSAIDs ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Vina, Hannon, Quinones, Hausmann, Ibrahim, Dagnino, et al., 2021) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) จำนวน 11 ข้อ สามารถเลือกตอบได้ 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง สำหรับข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2, และ 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในทางตรงข้าม

โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับทัศนคติเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977) ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Fraenkel, Buta, Suter, Dubreuil, Levy, Najem, et al., 2020) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert) จำนวน 18 ข้อ สามารถเลือกตอบได้ 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์) นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า หรือเท่ากับ 3 ครั้งต่อสัปดาห์) และไม่เคยปฏิบัติ (ไม่เคยปฏิบัติ)

โดยมีเกณฑ์แบ่งระดับพฤติกรรมเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977) ได้แก่ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ได้รับการประเมินความเหมาะสมโดยจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ เกษัชกร พยาบาล และสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยใช้ค่า Index of Item- Objective Congruence (IOC) ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เท่ากับ 1.00 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs เท่ากับ .94 แบบวัดทัศนคติต่อการใช้ยา NSAIDs เท่ากับ .94 และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs เท่ากับ .92

สำหรับความเที่ยงเครื่องมือโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน-20 (Kuder-Richardson 20; KR-20) ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs เท่ากับ .86 โดยมีค่าความยากง่าย (Difficulty Index; P) อยู่ในช่วง .30 - .80 ซึ่งอยู่ในระดับที่เหมาะสม และค่าความสามารถในการจำแนก (Discrimination Index; D) ระหว่าง .25 - .75 แสดงให้เห็นว่าแบบวัดสามารถจำแนกผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ได้อย่างเหมาะสม และได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบวัดทัศนคติต่อการใช้ยา NSAIDs เท่ากับ .88 และแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs เท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

การวิจัยนี้ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเข้าในการออกแบบโปรแกรมการทดลองเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของโปรแกรม และเพิ่มคุณภาพเนื้อหา กระบวนการมีส่วนร่วมนี้ประกอบด้วยการจัดกลุ่มสนทนากับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) ได้แก่ ตัวแทนประชาชนที่ใช้ยา NSAIDs ในพื้นที่ เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีส่วนร่วมในการพัฒนาและออกแบบโปรแกรมการทดลองโดยพิจารณา และให้

ข้อเสนอแนะจากโปรแกรมการทดลองที่ผู้วิจัยร่างไว้โดยใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี หลังจากนั้นผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ตรวจสอบร่างโปรแกรมเพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมการทดลอง โดยใช้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้รับการคัดเลือกตามความเชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น เกษัชกร พยาบาล และสาธารณสุข พบว่า มีคะแนน CVI เท่ากับ 0.95 ซึ่งสะท้อนถึงความตรงเชิงเนื้อหาในระดับดีมาก นอกจากนี้ก่อนการทดลองผู้วิจัยดำเนินการประชุมกับทีมวิจัย ผู้ช่วยวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรม การวัดและการประเมินผลการทดลอง และการติดตามผลหลังการทดลองซึ่งจะทำให้เกิดมาตรฐานต่อการดำเนินการวิจัยที่ตรงกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตจากหัวหน้าหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เมื่อได้รับการอนุญาตแล้วดำเนินการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการคัดกรองตัวอย่างโดยพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีเอกสารชี้แจงสำหรับการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

ขั้นการทดลอง

โปรแกรมนี้ดำเนินการจัดกิจกรรม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรม 1 ครั้งทุก 2 สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมง ทุกวันอาทิตย์ ครอบคลุมการให้ความรู้ การปรับทัศนคติ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs จัดกิจกรรม ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองย่างทอย อำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การอบรมเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs (สัปดาห์ที่ 1) เพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับยา NSAIDs ที่ถูกต้อง (Knowledge) ก่อนการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยดำเนินการวัดผลการวิจัยก่อนการทดลอง (Pre-Test) โดยใช้แบบสอบถามแบบ หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมการบรรยายให้ความรู้โดยเภสัชกรและนักวิชาการสาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ผ่านสไลด์ประกอบการบรรยาย ประกอบด้วยประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ประเภทของยา NSAIDs การเลือกใช้ยา NSAIDs ประโยชน์ของการใช้ยา NSAIDs และผลกระทบต่อการใช้ยา NSAIDs กิจกรรมนี้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง หลังจากนั้นดำเนินการอภิปรายแสดงความคิดเห็นและถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs เพื่อสามารถนำกลับไปศึกษาต่อที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 2: การจัดเวิร์กช็อปเพื่อเสริมสร้างทัศนคติ (สัปดาห์ที่ 3) เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ถูกต้อง (Attitude) เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ดำเนินกิจกรรมกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับความรู้สึกและความเชื่อที่มีต่อ NSAIDs โดยแบ่งผู้เข้าร่วมออกเป็นกลุ่มย่อยเพื่ออภิปรายเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs และวิธีการจัดการอย่างไรให้ปลอดภัยจากการใช้ยา NSAIDs โดยแต่ละกลุ่มจะนำเสนอความคิดเห็น และประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs จากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มออกมานำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองซึ่งกันและกัน ตลอดจนให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์กรณีศึกษา (Case Studies) เกี่ยวกับผลกระทบจากการใช้ยา NSAIDs ที่ไม่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 3: การจำลองสถานการณ์ (สัปดาห์ที่ 5) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Practice) การใช้ยา NSAIDs โดยการนำความรู้และทัศนคติมาใช้ในการชีวิตประจำวัน ดำเนินการจัดกิจกรรมจำลองสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs โดยการแบ่งกลุ่มให้แต่ละกลุ่มมีบทบาทต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย แพทย์ หรือเภสัชกร และให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญในระหว่างการจำลองสถานการณ์ อภิปรายเกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและวิธีการจัดการ ตลอดจนจัดกิจกรรมสร้างแรงจูงใจให้ผู้เข้าร่วมแบ่งปันประสบการณ์ และความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ในกลุ่มผู้เข้าร่วม

กิจกรรมที่ 4: การประเมิน และวางแผนการใช้ยาในอนาคต (สัปดาห์ที่ 7) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถวางแผนการใช้ยา NSAIDs ในอนาคตอย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินกิจกรรมการจัดเวิร์กช็อป (Work Shop) มุ่งหวังให้ผู้เข้าร่วมทำแผนการใช้ยา NSAIDs ที่เหมาะสมสำหรับตนเอง โดยพิจารณาจากข้อมูลที่ได้รับ และผู้วิจัยนำเสนอวิธีการในการติดตามผลการใช้ยา NSAIDs และการจัดการกับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และดำเนินการอภิปราย

เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการใช้ยา NSAIDs ตลอดจนสร้างกลุ่มสนับสนุนระหว่างผู้เข้าร่วมเพื่อช่วยกันให้คำแนะนำและติดตามผล และการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อการใช้ยา NSAIDs

ขั้นตอนติดตามผลการทดลอง

สำหรับระยะติดตามผลการทดลองใช้เวลา 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 9-12) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นผู้ติดตามผลการทดลอง ก่อนการติดตาม อสม. จะได้รับการฝึกอบรมเพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาของโปรแกรม ความรู้เกี่ยวกับยา NSAIDs รวมถึงวิธีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ หลังจากนั้น อสม. จะติดต่อ และเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างอย่างสม่ำเสมอ ทุกสัปดาห์เพื่อทำการประเมินต่อเนื่อง ในกรณีที่พบว่าผู้เข้าร่วมยังมีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม อสม. จะให้คำแนะนำเพิ่มเติม และย้ำถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างปลอดภัย รวมถึงแนะนำทางเลือกอื่น ๆ ในการบรรเทาอาการ เช่น การใช้วิธีบรรเทาอาการปวดเบื้องต้นที่ไม่ต้องใช้ยา เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน และเมื่อครบระยะเวลาในสัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยดำเนินการวัดผลการวิจัยหลังการทดลอง (Post-Test) โดยใช้แบบสอบถามเดียวกันกับก่อนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test เพื่อทดสอบตัวแปรตาม (Outcome Variables) ว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติหรือไม่ (Normality Test) พบว่า ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ($p\text{-value} = .432$) ทศนคติต่อการใช้ยา NSAIDs ($p\text{-value} = .103$) และ พฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ($p\text{-value} = .322$) จะเห็นว่าตัวแปรตามทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ โดยมีค่า $p\text{-value} > .05$ และใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 95.0%

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่โครงการ 0024/2567 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2567 ซึ่งเป็นไปตามแนวทางมาตรฐานสากลของ The Declaration of Helsinki เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับ หรือปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่เสียผลประโยชน์ หรือได้รับผลกระทบใดๆ ในการรักษาพยาบาล ซึ่งในระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะไม่ละเมิดความเป็นส่วนตัว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	31	62.00
ชาย	19	38.00
อายุ (ปี)		
20-39	14	28.00
มากกว่าหรือเท่ากับ 40	36	72.00
สถานภาพสมรส		
โสด	20	40.00
สมรส	23	46.00
หม้าย/หย่า/แยก	7	14.00
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
<10,000	41	82.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
10,000-15,000	4	8.00
15,000 ขึ้นไป	5	10.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	25	50.00
มัธยมศึกษา	21	42.00
อนุปริญญา หรือสูงกว่า	4	8.00
อาชีพ		
เกษตรกร	28	56.00
ค้าขาย/รับจ้าง	16	32.00
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	12.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	29	58.00
มี	21	42.00
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง/ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	42	84.00
สิทธิข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	8	16.00
สถานที่รับยา NSAIDs		
ร้านยา	20	40.00
โรงพยาบาลของรัฐ/รพ.สต./ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน	15	30.00
คลินิกเอกชน	15	16.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.00) มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (ร้อยละ 72.00) ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 45.40 ปี ($SD=11.80$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สมรส (ร้อยละ 46.00) มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 82.00) ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 9,214.60 บาท ($SD=3,498.50$) เครื่องหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 50.00) ส่วนมากอาศัยประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.00) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.00) ใช้สิทธิบัตรทอง/ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 84.00) และได้รับยา NSAIDs จากร้านขายยา (ร้อยละ 40.00) รองลงมาคือ จากโรงพยาบาลของรัฐ/รพ.สต./ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน ซึ่งเท่ากับคลินิกเอกชน (ร้อยละ 30.00)

2. ระดับของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ของประชาชนในอำเภอศรีเทพ จังหวัดเพชรบูรณ์ ก่อนการทดลองและหลังติดตาม 1 เดือน

ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.00) รองลงมาคือ ระดับน้อย (ร้อยละ 32.00) ต่อมาหลังติดตาม 1 เดือน ร้อยละ 100.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง สำหรับทัศนคติ พบว่า ก่อนการทดลอง ร้อยละ 100.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการใช้ยา NSAIDs อยู่ในระดับปานกลาง ต่อมาหลังติดตาม 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.00) รองลงมาคือ ระดับสูง (ร้อยละ 38.00) ตลอดจนก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.00) และอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 24.00) ต่อมาภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 56.00) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.00) ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ ยา NSAIDs ลดลง เพราะส่วนใหญ่ใช้ในระดับต่ำ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs (n=50)

ตัวแปรตาม	ระดับ	ก่อนการทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	หลังติดตาม 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้เกี่ยวกับการ ใช้ยา NSAIDs	น้อย (0-10 คะแนน)	16 (32.00)	0 (0.00)
	ปานกลาง (11-14 คะแนน)	31 (62.00)	0 (0.00)
	สูง (15-18 คะแนน)	3 (6.00)	50 (100.00)
ทัศนคติต่อการ ใช้ยา NSAIDs	ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
	ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66)	50 (100.00)	31 (62.00)
	สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)	0 (0.00)	19 (38.00)
พฤติกรรมการ ใช้ยา NSAIDs	ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	7 (14.00)	28 (56.00)
	ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66)	31 (62.00)	22 (44.00)
	สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)	12 (24.00)	0 (0.00)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และหลังติดตาม 1 เดือน

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง และหลังติดตาม 1 เดือน (n=50)

ตัวแปรตาม	M	SD	Mean Diff.	95% CI	t (49)	p-value (1-tailed)
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs						
ก่อนการทดลอง	11.58	2.01	-6.10	-6.65-5.54	-22.109	<.001
หลังติดตาม 1 เดือน	17.68	0.55				
ทัศนคติต่อการใช้ยา NSAIDs						
ก่อนการทดลอง	34.80	1.75	-4.28	-5.20-3.36	-9.344	<.001
หลังติดตาม 1 เดือน	39.08	2.68				
พฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs						
ก่อนการทดลอง	45.82	1.45	4.26	0.75-1.77	4.999	<.001
หลังติดตาม 1 เดือน	41.56	1.21				

จากตาราง 3 พบว่า ภายหลังการติดตาม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs เพิ่มขึ้น ($M=17.68$, $SD= 0.55$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($M=11.58$, $SD= 2.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} <.001$) มีค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติต่อการใช้ยา NSAIDs เพิ่มขึ้น ($M=39.08$, $SD= 2.68$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($M=34.80$, $SD= 1.75$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} <.001$) และคะแนนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ลดลง ($M=41.56$, $SD= 1.21$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ($M=45.82$, $SD= 1.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} <.001$)

อภิปรายผล

โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ของประชาชน โดยการเปรียบเทียบระดับความรู้ของประชาชนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถส่งเสริมการเรียนรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถ

อธิบายได้ดังนี้ ผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของความรู้ในกลุ่มตัวอย่างสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อให้ข้อมูลอย่างถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs โดยเน้นถึงผลข้างเคียง ความเสี่ยงจากการใช้ยาเกินขนาด หรือการใช้ยาต่อเนื่องที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ โปรแกรมนี้ช่วยให้ประชาชนสามารถรับข้อมูลที่สำคัญและนำไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ นอกจากนี้การเพิ่มขึ้นของความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ย่อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น จากทฤษฎี KAP (Schwartz, 1976) พบว่า ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs จะช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้ยาเกินความจำเป็น ลดปัญหาการเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และช่วยส่งเสริมให้เกิดการใช้ยา NSAIDs อย่างปลอดภัยในระยะยาว ตลอดจนผลลัพธ์ที่บ่งชี้สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการให้ความรู้ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้การให้ความรู้ร่วมกับการเสริมสร้างทัศนคติที่เหมาะสมยังมีบทบาทสำคัญในการลดพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs โดยไม่จำเป็นและไม่เหมาะสม ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาเกินความจำเป็น (Montuori, Shojaeian, Pennino, D'Angelo, Sorrentino, Di Sarno, et al., 2024) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Al Masoudi, Al Dweik, & Al-Dweik (2023) แสดงให้เห็นว่าการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยา NSAIDs ช่วยให้เกิดการใช้ยาอย่างถูกต้อง รวมถึงการป้องกันผลข้างเคียงและลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น นักวิจัยแนะนำว่าควรมีการจัดการศึกษาเรื่องการให้ยาให้กับประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มคนรุ่นใหม่ เพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยาเกินความจำเป็น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Altahini, Aburas, Aljarwan, Alsuwayagh, Alqahtani, Alquwaiay, et al. (2024) อธิบายว่าการให้ความรู้แก่ประชาชนสามารถทำให้การใช้ยา NSAIDs มีความปลอดภัยมากขึ้น โดยเน้นการให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยและการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ รวมถึงการรณรงค์ให้ความรู้แก่สังคมในภาพรวมเพื่อลดการใช้ยาเกินความจำเป็น ตลอดจนสอดคล้องกับการศึกษาของ Rodjanabenjakul (2018) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการให้ยา NSAIDs สูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม

โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชน โดยการวัดทัศนคติก่อน และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งแสดงว่าโปรแกรมนี้นับว่ามีบทบาทสำคัญในการช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนต่อการให้ยา NSAIDs อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงบวกที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากหลายปัจจัยภายในโปรแกรม เช่น การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม การให้ข้อมูลที่ชัดเจนและตรงประเด็นเกี่ยวกับข้อดีและข้อควรระวังในการใช้ยา NSAIDs การตอบคำถามและแก้ไขความเข้าใจผิดที่เกี่ยวกับยา ตลอดจนการเสริมสร้างทัศนคติด้านการให้ยาอย่างปลอดภัย (Suriyong & Soontharos, 2020) การให้ผู้เข้าร่วมตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเภสัชกร รวมถึงการเลือกให้ยา NSAIDs อย่างมีเหตุผลและอย่างระมัดระวังตามความจำเป็น (Wongsuwon & Rungpragayphan, 2023) ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ (KAP) (Schwartz, 1976) ผ่านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs การเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ชัดเจนหลังการเข้าร่วมโปรแกรม อาจช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยา NSAIDs เกินขนาดหรือนานเกินไป ซึ่งสามารถลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงและปัญหาสุขภาพที่ตามมาได้ในระยะยาว (Barakat, Aziz, & Abougambou, 2023) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติเป็นขั้นตอนสำคัญในการส่งเสริมให้ประชาชนใช้ยา NSAIDs อย่างระมัดระวังและถูกต้อง ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการใช้ยานำไปสู่การตัดสินใจที่ดีขึ้นและการพิจารณาเลือกให้ยาตามความจำเป็นแทนการให้ยาโดยไม่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของผลข้างเคียงและการใช้ยาเกินความจำเป็น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Choong, Lew, George, Tan, Leow, Leow, et al. (2019) พบว่า การให้ความรู้เรื่องการให้ยา NSAIDs ร่วมกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อยา NSAIDs ในกลุ่มประชากรส่งผลให้พฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง และลดการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา NSAIDs เนื่องจากผู้ใช้มีความรู้เรื่องข้อจำกัดและวิธีการใช้ยา NSAIDs ที่เหมาะสมมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nsofwa (2018) พบว่า การอบรมความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs และการปรับเปลี่ยนทัศนคติ

เรื่องความเสี่ยง และการใช้ยา NSAIDs ที่ถูกต้อง มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีขึ้นเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs ลดการใช้ยาเกินความจำเป็น และส่งผลให้การใช้ยามีความปลอดภัยมากขึ้น

โปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ของประชาชน โดยมีการวัดพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชนทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ของประชาชนลดลง ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการส่งเสริมการใช้ยา NSAIDs อย่างเหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ การเสริมสร้างความรู้และทัศนคติในโปรแกรมนี้ช่วยให้ประชาชนเข้าใจถึงผลกระทบของการใช้ยา NSAIDs เกินความจำเป็น เช่น การเกิดผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ไต และตับ รวมถึงการเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาว โปรแกรมนี้จึงมีส่วนช่วยลดภาระทางสุขภาพที่อาจเกิดจากการใช้ยา NSAIDs อย่างผิดวิธี ทำให้ผู้เข้าร่วมมีความเข้าใจที่ดีขึ้นในการใช้ยาอย่างเหมาะสมและมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง (Nguyen, Nguyen, Ha, Le, & Bui, 2024) นอกจากนี้ทัศนคติเป็นปัจจัยสำคัญในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน โปรแกรมนี้มีการเสริมสร้างทัศนคติในเชิงบวกต่อการใช้ยาด้วยการเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยา NSAIDs อย่างระมัดระวังและเฉพาะในกรณีจำเป็น ซึ่งส่งผลให้ประชาชนเริ่มตระหนักถึงความเสี่ยงจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และเริ่มปรับทัศนคติในการใช้ยาให้สอดคล้องกับหลักการทางการแพทย์ (Wongrakpanich, Wongrakpanich, Melhado, & Rangaswami, 2018) ผลลัพธ์จากการวิจัยที่แสดงว่าทัศนคติของประชาชนดีขึ้นหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Practice) ซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายตามทฤษฎี KAP เกิดขึ้นได้จากการที่ประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการใช้ยา โปรแกรมนี้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ของประชาชนในเชิงบวกได้ เนื่องจากประชาชนที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีจะมีแนวโน้มที่จะใช้ยา NSAIDs อย่างเหมาะสม เช่น ลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น หรือปรึกษาแพทย์ก่อนการใช้ (Sinuraya, Wulandari, Amalia, & Puspitasari, 2023) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมการใช้ยาปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับทฤษฎี KAP (Schwartz, 1976) ที่ระบุว่าความรู้และทัศนคติที่ดีจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องตามมา ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว การใช้ยาที่ถูกต้องและปลอดภัยช่วยลดภาระค่ารักษาพยาบาลและความเสี่ยงในการเผชิญผลข้างเคียงที่รุนแรงจากการใช้ยา NSAIDs ในกลุ่มประชาชนที่เริ่มมีความเข้าใจที่ดีขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมนี้ มีแนวโน้มที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้นด้วย (Wang, Wu, Wang, Lai, Tan, Zhou, et al., 2023) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Rodjanabenjakul (2018) พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ต่ำก่อนเข้าโปรแกรมการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiemjuejun, Kanjanawetang, Hoontrakul, & Prachanban (2011) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยา NSAIDs กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ลดลง

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ค่อนข้างน้อย และการศึกษาที่ใช้กลุ่มเดียวอาจจะไม่เห็นผลของโปรแกรมที่ชัดเจนเนื่องจากไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ และผลการศึกษาไม่สามารถนำไปใช้อ้างอิงในประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่านั้น เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถนำไปใช้กับประชากรกลุ่มอื่นได้ และอาจไม่สามารถสะท้อนบริบททางวัฒนธรรมและพฤติกรรมที่แตกต่างในพื้นที่อื่นได้ ตลอดจนควรมีการติดตามวัดผลการทดลองในเวลา 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อให้เพียงพอสำหรับการประเมินผลลัพธ์ในระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การศึกษานี้มีจุดแข็งของการศึกษาคือ โปรแกรมนี้นำแนวคิดจากทฤษฎี KAP มาใช้ ส่งผลให้ประชาชนได้รับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่พัฒนาไปพร้อมกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ที่ยั่งยืน ดังนั้นโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยา NSAIDs ผลการวิจัยนี้

สามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบาย หรือโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs อย่างเหมาะสมในประชาชนกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะในชุมชนที่มีการใช้นี้สูง การให้ข้อมูล และปรับทัศนคติที่ถูกต้องสามารถลดความเสี่ยงจากการใช้ยา NSAIDs ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาให้เหมาะสม จึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทพื้นที่และลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะในชุมชนที่มีการใช้ยา NSAIDs สูง เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจากการใช้ยาผิดวิธี

2. หน่วยงานสาธารณสุขในระดับท้องถิ่นควรมีบทบาทในการสนับสนุนโปรแกรมนี้ผ่านการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อส่งต่อความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องแก่ประชาชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผล 3 เดือนหรือ 6 เดือนหลังการทดลอง ช่วยประเมินว่าพฤติกรรมการใช้ยาที่เปลี่ยนแปลงนั้นคงอยู่ในระยะยาว การติดตามผลดังกล่าวจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ยืนยันถึงความยั่งยืนของโปรแกรม

2. ควรมีกกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมได้ชัดเจนมากขึ้น โดยทำให้สามารถแยกแยะได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากโปรแกรม หรือเป็นเพียงปัจจัยภายนอก

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาการใช้สื่อดิจิทัลและเทคโนโลยีสำหรับการพัฒนาแอปพลิเคชันเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา NSAIDs หรือการให้ความรู้ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง

References

- Aboalrob, A.I., Eid, F.M., Esa, S.M., Koni, A.A., Al-Jabi, S.W., & Zyoud, S.H. (2023). Prevalence, awareness, and patterns of non-steroidal anti-inflammatory drug use among health science students in Palestine: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 13, 19844.
- Al Masoudi, W., Al Dweik, R., & Al-Dweik, G. (2023). Knowledge and practices regarding the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs among university students in Jordan. *Open Public Health Journal*, 16, e187494452306220.
- Altahini, A.T., Aburas, W., Aljarwan, S.F., Alsawayagh, S.A., Alqahtani, N.F., & Alquwaiay, S., et al. (2024). Charting the knowledge and patterns of non-steroidal anti-inflammatory drug usage in Hail population, Saudi Arabia: Insights into the adverse effect profile. *Pharmacy (Basel)*, 12, 9.
- Arernsiripornkul, N., Phueanpinit, P., Pongwecharak, J., & Krska, J. (2019). Development and evaluation of user-tested Thai patient information leaflets for non-steroidal anti-inflammatory drugs: Effect on patients' knowledge. *PLoS ONE*, 14, e0210395.
- Barakat, H. E., Aziz, C. N., & Abougambou, S. S. I. (2023). Evaluation of the knowledge, practices, and attitudes of community pharmacists towards adverse effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs): A cross-sectional study. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 16, 132.

- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Bindu, S., Mazumder, S., & Bandyopadhyay, U. (2020). Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and organ damage: A current perspective. *Biochemical Pharmacology*, 180, 114147.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The cognitive domain*. New York: David McKay.
- Choong, L.Y., Lew, P.C., George, D., Tan, R.W., Leow, H.L., & Leow, K.H., et al. (2019). Effectiveness of a hospital-based education program in improving knowledge of the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs among heart failure patients in a Malaysia regional hospital. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 10(1), 45–48.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cornu, C., Grange, C., Regalin, A., Munier, J., Ounissi, S., & Reynaud, N., et al. (2020). Effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on sports performance indices in healthy people: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sports Medicine - Open*, 6, 20.
- Costa, C., Soares, D., Borges, A., Gonçalves, A., Andrade, J. P., & Ribeiro, H. (2024). Appropriate prescription of non-steroidal anti-inflammatory drugs in geriatric patients—a systematic review. *BioChem*, 4, 300–312.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191.
- Fraenkel, L., Buta, E., Suter, L., Dubreuil, M., Levy, C., & Najem, C., et al. (2020). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs vs cognitive behavioral therapy for arthritis pain: A randomized withdrawal trial. *JAMA Internal Medicine*, 180, 1194–1202.
- leamsukmongkhon, P., Soaythong, W., & Saynoi, S. (2016). *The situation of non-steroidal anti-inflammatory drug use and factors influencing the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in Had Won Napa community, Saen Suk Municipality, Mueang District, Chonburi Province*. Chonburi: Burapha University. (in Thai)
- Jiemjuejun, W., Kanjanawetang, J., Hoontrakul, D. & Prachanban, P. (2011). The Effects of the Participatory Learning Program on Knowledge and Health Behaviors of Using NSAIDs among Laborers. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 5(2), 34-44. (in Thai)
- Koonlawong, W., Sooparattanagool, S., & Chaisri, P. (2018). Knowledge and behaviors of using non-steroidal anti-inflammatory drugs among elderly in Thungfon District, Udonthani. *Udon Thani Hospital Medical Journal*, 26(2), 99-107. (in Thai)
- Kulapatsangtong, R., Khungtumneum, K., & Bunthan, W. (2022). Factors related to polypharmacy use behaviors among community-dwelling older persons with non-communicable diseases. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 5(2), 57–67. (in Thai)

- Montuori, P., Shojaeian, S.Z., Pennino, F., D'Angelo, D., Sorrentino, M., & Di Sarno, S., et al. (2024). Consumer awareness and knowledge regarding the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) in a metropolitan area. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1362632.
- Nguyen, H. T. N., Nguyen, Q. M., Ha, K. T. K., Le, Q. T. N., & Bui, B.H. (2024). Knowledge, attitude, and practice regarding nonsteroidal anti-inflammatory drugs and corticosteroids use among patients with chronic rheumatology condition: a cross-sectional study from Vietnam. *Clinical medicine insights. Arthritis and musculoskeletal disorders*, 17, 11795441241308876.
- Nong Yang Thoi Health Promoting Hospital. (2024). *Health status report and related factors of the population in Nong Yang Toi Subdistrict*. Phetchabun. (in Thai)
- Nsofwa, G. (2018). Assessing students' knowledge of the use of NSAIDs at Lusaka Apex Medical University. *IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences*, 8(8), 36–44.
- O'Connor, S., McCaffrey, N., Whyte, E., Moran, K., & Lacey, P. (2018). Nonsteroidal anti-inflammatory drug use, knowledge, and behaviors around their use and misuse in Irish collegiate student-athletes. *Physician and Sportsmedicine*, 47, 318–322.
- Pedrolongo, D.A., Sagioneti, F.T., Weckwerth, G.M., Oliveira, G.M., Santos, C.F., Calvo, & A.M., et al. (2024). Study on the consumption of non-steroidal anti-inflammatory drugs and antibiotics by the Brazilian adult population: A cohort study. *Pharmacy*, 12(5), 150.
- Rodjanabenjakul, P. (2018). Effects of a participatory learning program on knowledge and behavior regarding non-steroidal anti-inflammatory drugs use among watermelon planters, Phetchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(1), 257–267. (in Thai)
- Schwartz, N. E. (1976). Nutrition knowledge, attitudes, and practices of Canadian public health nurses. *Journal of Nutrition Education*, 8, 28–31.
- Sinuraya, R.K., Wulandari, C., Amalia, R., & Puspitasari, I.M. (2023). Public knowledge, attitudes, and practices regarding the use of over-the-counter (OTC) analgesics in Indonesia: A cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 17, 2569–2578.
- Suriyong, P., & Soontharos, S. (2020). Risk of repeated pseudo-allergic reactions related to non-steroidal anti-inflammatory drugs in Chonburi Hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 12(1), 185–194. (in Thai)
- Vina, E.R., Hannon, M.J., Quinones, C., Hausmann, L.R.M., Ibrahim, S.A., & Dagnino, J., et al. (2021). The role of knowledge and attitudes about nonsteroidal anti-inflammatory drugs in determining treatment use. *ACR Open Rheumatology*, 3(3), 154–163.
- Wang, Q., Wu, Y., Wang, D., Lai, X., Tan, L., & Zhou, Q., et al. (2023). The impacts of knowledge and attitude on the behavior of antibiotic use for the common cold among the public and identifying the critical behavioral stage: Based on an expanding KAP model. *BMC Public Health*, 23, 1683.
- Wongrakpanich, S., Wongrakpanich, A., Melhado, K., & Rangaswami, J. (2018). A comprehensive review of non-steroidal anti-inflammatory drug use in the elderly. *Aging and Disease*, 9, 143–150.

Wongsuwon, S., & Rungpragayphan, S. (2023). Pattern and rationality of NSAIDs prescribing in out-patients with osteoarthritis of a tertiary-care hospital. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 18(4), 396–404. (in Thai)

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างสง่างามในบริบทวัฒนธรรมไทย Factors of Quality of Life-Related to Graceful Aging According to Thai Culture

พนารัตน์ เชนจอบ^{1*}, จิรวัดน์ ไจกล้า², ชนิภา สุขกริ่งมี², ดนุพร มาขุนทด², ธารวิมล คชนิล², บริมาส แสนใจวุฒิ²,
ไบเพิร์น วดีสุขเกษม², พันธิตา บุตรสีทา², มณฑนา จูทอง², มินตรา กระจาด², ยูวดี นางงาม², วัชรภาพร สิทธิหล่อ²,
สุदारัตน์ ปานจตุรัส² และ อนิสา รักลาย²

Panarat Chenchob^{1*}, Jirawat Jaikla², Chanipha Sukkrungmi², Danupron Makhuntod², Thanvimon
khotchanin², Borimas Sanjaiwut², Baifern Wadeesukkasem², Pannita Bootseeta², Muntana
Juthong², Mintra Krajad², Yuwadee Nangngam², Watcharaporn Sitthilor²,
Sudarat panjaturas² and Anisa Raklai²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj Faculty of Nursing, Praboromarajachanok Institute

²The Student of Bachelor of Nursing Science Program, Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj,
Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: January 13, 2025; Revised: April 26, 2025; Accepted: May 19, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับคุณภาพชีวิตและระดับความสง่างาม ด้านร่างกาย จิตใจ
สภาพแวดล้อม และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก และ 2) ความสัมพันธ์
ระหว่างคุณภาพชีวิตกับระดับความสง่างามของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สมาชิก
ของชมรมผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนมหานภาพ จำนวน 100 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็น
แบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของคอนบาคเท่ากับ 0.88 และ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้
สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ
สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเมืองพิษณุโลก โดยรวมอยู่ใน
ระดับดี ร้อยละ 67.00 และการสูงวัยอย่างมีศักยภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนใหญ่มีความสามารถระดับ
ปานกลางร้อยละ 63.00 คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสูงวัยอย่างสง่างาม ($r = 0.468$) อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อวิเคราะห์การสูงวัยอย่างสง่างามรายด้านกับคุณภาพชีวิต พบว่า
มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ($r = 0.456$) และการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.426$)
ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญที่ .01

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะนำข้อมูลไปใช้ในการกำหนดแนวทางและมาตรการที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมการ
พัฒนาและปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการสูงวัยอย่างสง่างามตามวัฒนธรรม

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ การสูงวัยอย่างสง่างาม คุณภาพชีวิต วัฒนธรรมไทย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: panarat0923@gmail.com)

Abstract

This study aimed to: 1) examine the levels of quality of life and graceful aging in terms of physical, psychological, environmental, and social relationship dimensions among older adults in Phitsanulok Municipality; and 2) investigate the relationship between quality of life and graceful aging among these older adults. The sample consisted of 100 older adults aged 60 years and over who were members of the Mahanupap Community Health Center Elderly Club, selected through purposive sampling. The research instrument was a questionnaire with Cronbach's alpha reliability coefficients of .88 and 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, and standard deviation, as well as Spearman's rank correlation coefficient to examine the relationships.

The results revealed that: 1) the overall quality of life among older adults in Phitsanulok Municipality was at a good level (67.00%), and their overall level of graceful aging was high. Most participants demonstrated a moderate level of capability (63.00%). Quality of life was positively correlated with graceful aging ($r = 0.468$), with statistical significance at the .01 level. Furthermore, when analyzing the specific dimensions of graceful aging in relation to quality of life, it was found that continuous learning ($r = 0.456$) and having a health-promoting lifestyle ($r = 0.426$) were moderately and positively correlated with quality of life, both with statistical significance at the .01 level.

The findings from this study can be used to inform the development of guidelines and necessary measures to promote and enhance the multidimensional care of older adults, enabling them to age gracefully in accordance with cultural values.

Keywords: Older Adults, Graceful Aging, Quality of Life, Thai Culture

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันทั่วโลกและประเทศต่าง ๆ รวมทั้งประเทศไทยกำลังเผชิญหน้าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุ ประมาณ 7,639,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.9 ในปี พ.ศ. 2566 (Ministry of Public Health, 2023) จากการคาดการณ์ในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 14.9 ล้านคน หรือร้อยละ 20.5 และในปี พ.ศ. 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน หรือร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ (Jantrakulroj, 2019) และจากสถิติจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก พบว่า มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 62,059 คน ในปี พ.ศ. 2566 (Ministry of Public Health, 2023) เป็น 63,833 คน ในปี พ.ศ. 2567 (Ministry of Public Health, 2024) จำนวนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลกก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน จาก 17,071 คน ในปี พ.ศ. 2566 (Registration Administration Bureau, 2023) เป็น 17,983 คน ในปี พ.ศ. 2567 (Registration Administration Bureau, 2024) ส่วนจำนวนผู้สูงอายุในศูนย์สุขภาพชุมชนภาพ จำนวน 400 คน (Mahanuphap Health Center, 2024)

แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุระยะที่ 3 (Ministry of Social Development and Human Security, 2024) มีวัตถุประสงค์หลักคือ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาและเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ให้กับประชากรผู้สูงอายุ การพัฒนาศักยภาพและสิทธิของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสิทธิและการคุ้มครองผู้สูงอายุ การส่งเสริมการเข้าร่วมในชุมชน และการสนับสนุนการจัดการสิทธิบำบัดและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ

การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคมแก่สมาชิกในครอบครัว ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้สูงอายุผ่านหน่วยบริการในพื้นที่ ซึ่งความสำคัญของแผนปฏิบัติการนี้จะมุ่งเน้นให้ทุกภาคส่วนมีบทบาทและความร่วมมือในการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมและบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ครอบครัวและชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวรวมถึงผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ แผนปฏิบัติการนี้มีจึงบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและการสร้างสังคมที่ยั่งยืนในระยะยาว (Ministry of Social Development and Human Security, 2024) การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เมืองค้ประกอบ ได้แก่ การให้บริการสุขภาพ บุคลากร ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ยาและเวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีที่จำเป็น ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและการบริหารจัดการงบประมาณ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (World Health Organization, 2022) จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น เมื่อพิจารณาแผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 ยกระดับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม จะเห็นได้ว่าการกำหนดมาตรการย่อย ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพ

จากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และ สิ่งแวดล้อม ส่งผลให้มีผลกระทบในหลาย ๆ ด้าน ซึ่งในวัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกิดขึ้นซึ่ง การเปลี่ยนแปลงประการแรก คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มองเห็นได้และการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ มองไม่เห็น การเปลี่ยนแปลงประการที่สอง คือ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ ประการสุดท้าย คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม สภาพแวดล้อม และสวัสดิการความช่วยเหลือ (Tuphanich, Chailarp, & Kitt, 2019) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการวางแผนและเตรียมตัวให้ พร้อมในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านจิตใจ ร่างกาย ทรัพย์สิน การใช้เวลาว่าง สัมพันธภาพในครอบครัวและที่อยู่อาศัย เป้าหมายของการเตรียมความพร้อมนี้คือการให้ชีวิตในวัยเกษียณมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์จากการที่กล่าวที่มาข้างต้นพบว่า เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการ เปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และสังคม ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่สง่างาม

การสูงวัยอย่างสง่างาม (Aging gracefully) คือ การมีความคิดและทัศนคติที่ดีในการดำเนินชีวิต นอกจาก ความคิดและทัศนคติ ยังมีความเข้าใจและการยอมรับที่จะเข้าสู่วัยชราได้อย่างมีความสุขในทุกด้านร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตอย่างเหมาะสม ซึ่งเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองได้ การร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ให้สังคม การเจริญทางปัญญา การสร้างความมั่นคงด้านการเงิน การมีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และการสร้างความรัก ความผูกพันในครอบครัว เพื่อมีผู้ดูแลยามชรา เมื่อพิจารณารายละเอียดจะเห็นว่ามีความ เชื่อมโยงกับการประเมินการสูงวัยอย่างสง่างาม เป็นรายละเอียดที่สอดคล้องกัน จากการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบพบว่า การสูงวัยอย่างสง่างาม คือ การที่เข้าสู่วัยชราด้วยการที่มีสุขภาพร่างกาย จิตใจสมบูรณ์ แข็งแรง ถึงแม้จะเป็นโรคหรือไม่เป็นโรค มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสังคมรอบข้าง ความคาดหวังในชีวิต มาตรฐานและ ความตระหนักในชีวิต (World Health Organization, 2002) แต่ละคนกำหนดขึ้นประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Prateepmanowong, 2019) ซึ่งเป็น องค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ส่วนบุคคลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริบทวัฒนธรรม และความเป็นอยู่ของตนเอง ต่อเป้าหมายของชีวิต สอดคล้องกับ Panjathanasap (2019) ได้ให้ความหมายไว้ว่า คุณภาพชีวิตที่ดี คือ มีสุขภาพร่างกายดี สุขภาพจิตดี ครอบครัวมีความสุขมีความอบอุ่น มีสังคมที่เอื้ออาทรซึ่งกันและกัน มีความ เป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย และมีความมั่นคงในชีวิต ได้รับสวัสดิการและการบริการทางสุขภาพอย่าง เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่ามีศักดิ์ศรี สามารถพึ่งพาตนเองได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารในปัจจุบัน คุณภาพชีวิตมีความสอดคล้องกับการสูงวัยอย่าง สง่างาม หากมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะเป็นผลนำไปสู่การสูงวัยอย่างวัยอย่างสง่างามตามวัฒนธรรมไทย คุณภาพชีวิต

ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับบริบททางสังคม วัฒนธรรมและค่านิยมในเวลานั้น ๆ มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวังและมาตรฐานที่แต่ละคนกำหนดขึ้นประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (THE WHOQOL GROUP, 1998) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา ได้รับอิทธิพลจากการครอบครองที่อยู่อาศัย การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ความสุขในการดำเนินชีวิต การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน การอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวก และปลอดภัยแก่การใช้ชีวิต อาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (Noknoi & Boripunt, 2017) ดังนั้น หากทราบปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างสง่างามของผู้สูงอายุในชุมชนมหานุภาพ เขตเทศบาลนครพิษณุโลกจะสามารถส่งเสริมพัฒนาผู้สูงอายุให้มีคุณภาพของชีวิตที่ดีและการสูงวัยอย่างสง่างามต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

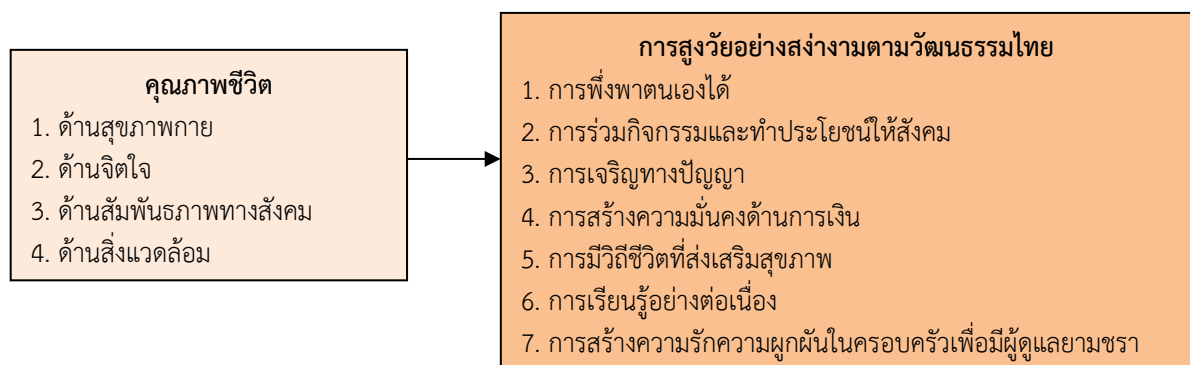
1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนมหานุภาพ เขตเทศบาลนครพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาระดับการสูงวัยอย่างสง่างามของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองได้ การร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ให้สังคม การเจริญทางปัญญา การสร้างความมั่นคงด้านการเงิน การมีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และการสร้างความรัก ความผูกพันในครอบครัว เพื่อมีผู้ดูแลยามชราของผู้สูงอายุในชุมชนมหานุภาพ เขตเทศบาลนครพิษณุโลก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อม และสัมพันธภาพทางสังคม กับระดับการสูงวัยอย่างสง่างามของผู้สูงอายุในชุมชนมหานุภาพ เขตเทศบาลนครพิษณุโลก

สมมติฐาน

ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสูงวัยอย่างสง่างามตามวัฒนธรรมไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างสง่างามตามวัฒนธรรมไทยของผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Correlation description study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 130 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ Power analysis จากโปรแกรม G*power โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 (Cohen, 1977; Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่าง 80 คน เพื่อป้องกันการแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ (Missing data) หรือมีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Gray & Grove, 2020) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน จะมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้าการวิจัย ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนมหานภาพ 2) อายุ 60 ปีขึ้นไป 3) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ติดเตียงคะแนน ADL ≥ 12 เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ และไม่มีอาการบ่งชี้ทางสติปัญญา โดยการประเมินคะแนน MMSE ≤ 14 (ไม่ได้เรียนหนังสือ) / ≤ 17 (เรียนหนังสือ) 4) มีความสนใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และ 5) เป็นผู้สูงอายุที่ฟังภาษาไทยเข้าใจ สื่อสารเข้าใจ

เกณฑ์ในการคัดออกวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนหรือให้ข้อมูลไม่ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัยกับบุคคล ครอบครัว การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF –THAI เป็นเครื่องมือที่องค์การอนามัยโลกสร้างขึ้นใช้หาคะแนนพื้นฐาน (base line scores) แปลเป็นภาษาไทยและพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตโดย Mahatanirunkul, Tuntinirunkul, Pumpisanchai, Wongsuwan, & Ponmanajirungkul (1997) จากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตชุดย่อยขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตนี้จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวน 26 คำถาม การให้คะแนนจะมีข้อความที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ ไม่เลย 1 คะแนน, เล็กน้อย 2 คะแนน, ปานกลาง 3 คะแนน, มาก 4 คะแนน และมากที่สุด 5 คะแนน และข้อความที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ไม่เลย 5 คะแนน, เล็กน้อย 4 คะแนน, ปานกลาง 3 คะแนน, มาก 2 คะแนน, มากที่สุด 1 คะแนน ให้ผู้ตอบเลือกตอบจำนวน 26 ข้อ (Department of Mental Health, 2002)

การแปลคะแนน มีคะแนนตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยคะแนน 26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, คะแนน 61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่กลาง ๆ และคะแนน 96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แสดงองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสุขภาพกาย	7 - 16	17 - 26	27 - 35
ด้านจิตใจ	6 - 14	15 - 22	23 - 30
ด้านสัมพันธภาพสังคม	3 - 7	8 - 11	12 - 15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8 - 18	19 - 29	30 - 40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26 - 60	61 - 95	96 - 130

3. แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีสง่างาม (Active Aging Scale for Thai People: AAS-Thai) เป็นแบบวัดที่พัฒนาภายใต้กรอบของโดยองค์การอนามัยโลกร่วมกับแนวคิดผู้สูงอายุที่มีคุณค่าเชิงบวก (Thanakwang, Isaramalai & Hatthakit, 2014) โดยมีการพัฒนาข้อคำถามที่สร้างจากพื้นฐานบริบทวัฒนธรรมไทย ที่มีความตรงและความเที่ยงในระดับดีมาก ได้แก่ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง (CVI = 0.91) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.97 มีความตรงเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับดีมาก สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวน ร้อยละ

69 มีค่าความเชื่อมั่นภายในเท่ากับ 0.95 และมีค่าคะแนนจากการทดสอบซ้ำ 2 ครั้งภายใน 2 สัปดาห์ เท่ากับ 0.92 โดยแบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพ (Healthy) จำนวน 18 ข้อ มิติด้านการมีส่วนร่วม (Participation) จำนวน 12 ข้อ และมิติด้านความมั่นคงปลอดภัย (Security) จำนวน 6 ข้อ มีทั้งหมดจำนวน 36 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน มีค่าระดับ คือ ไม่จริง (0 คะแนน) จริงบางครั้ง (1 คะแนน) ค่อนข้างจริง (2 คะแนน) และจริงตลอดเวลา (3 คะแนน)

การแปลผลคะแนนการมีสุขภาพแบบพหุพลังของผู้สูงอายุโดยแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยที่วัดได้จากการรวมคะแนนขององค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน และนำมาหาค่าเฉลี่ย สำหรับเกณฑ์ในการแปลความหมายระดับการมีสุขภาพแบบพหุพลัง โดยแบ่งตามระดับอันตรายภาคขึ้นเป็น 3 ระดับ (Thanakwang, Isaramalai & Hatthakit, 2014) ดังนี้

	ค่าคะแนน	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก
การมีสุขภาพแบบพหุพลังโดยรวม	0 - 108	0 - 36	37 - 72	73 - 108
มิติด้านสุขภาพ (Healthy)	0 - 54	0 - 18	19 - 36	37 - 54
มิติด้านการมีส่วนร่วม (Participation)	0 - 36	0 - 12	13 - 24	25 - 36
มิติด้านความมั่นคงปลอดภัย (Security)	0 - 18	0 - 6	7 - 12	13 - 18

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL – BREF –THAI เป็นเครื่องมือที่องค์การอนามัยโลกสร้างขึ้น ซึ่งผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในชุมชนพระลือ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1951) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.65

2. แบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนชาวไทย (Active ageing scale for Thai people [AAS-Thai]) ซึ่งผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ในชุมชนพระลือ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1951) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยได้จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตจากหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ เพื่อเข้าเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ
3. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์และเชิญชวนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน 100 คน
4. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการผ่านผู้ประสานงานในพื้นที่ และขออนุญาตผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มรายชื่อเข้ารับการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 45- 60 นาที ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมหานุภาพ
5. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลจนได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านและเขียนได้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้สูงอายุจำนวน 100 คนโดยเก็บข้อมูลทั้งหมดจำนวน 2 ครั้ง
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 100 คน และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนคุณลักษณะส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ระดับการสู้ง่ายอย่างสง่างาม โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับคุณภาพชีวิตกับระดับความสูงวัยอย่างสง่างาม โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากใช้ได้กรณีที่ข้อมูลตัวแปรคู่มีลักษณะเป็นลำดับที่ (Rank) จากโดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Vanichbuncha (2002) ดังนี้

ระดับสูงมาก	มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.81 – 1.00
ระดับสูง	มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.61 – 0.80
ระดับปานกลาง	มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.41 – 0.60
ระดับต่ำ	มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.21 – 0.40
ระดับต่ำมาก	มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง 0.01 – 0.20

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ใบรับรองเลขที่ BCNB-REC No. 004/2567 เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุเทศบาลนครพิษณุโลก (n=100)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ(ปี) อายุเฉลี่ย 67.93 (SD.= 7.72)	(Max. = 92, Min. = 60)	
60 - 70	70	70.00
71 - 80	23	23.00
81 - 90	6	6.00
91 - 100	1	1.00
เพศ		
ชาย	30	30.00
หญิง	70	70.00
สถานภาพสมรส		
โสด	18	18.00
สมรส	53	53.00
หย่าร้าง	1	1.00
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	25	25.00
แยกกันอยู่	3	3.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	51	51.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	19.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	7.00
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	11	11.00
ปริญญาตรี	9	9.00
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	2	2.00
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1.00
รายได้ต่อเดือน (บาท) รายได้เฉลี่ย 7,830.51 (S.D.= 1020.44) (Max = 52333, Min=0)		
0 – 5,000บาท	50	50.00
5,001 – 10,000	20	20.00
10,001 – 15,000	10	10.00
15,001 – 20,000	10	10.00
20,001 – 50,000	10	10.00
แหล่งรายได้หลัก		
การประกอบอาชีพ	25	25.00
บำนาญ	14	14.00
สวัสดิการจากรัฐ	26	26.00
ญาติ	11	11.00
ลูก/หลาน	24	24.00
ปัจจุบันของท่านอาศัยอยู่กับใคร		
บุตร/ธิดา	49	49.00
คู่สมรส	27	27.00
อยู่คนเดียว	7	7.00
ญาติ	13	13.00
เพื่อน	4	4.00
บุคคลที่ให้การดูแล		
บุตร/หลาน	46	46.00
คู่สมรส	24	24.00
ญาติ	15	15.00
เพื่อน	15	15.00
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	26	26.00
มีโรคประจำตัว	74	74.00

จากตาราง 1 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 70 ปี (ร้อยละ 70.00) มีอายุเฉลี่ย 67.93 ปี (SD.= 7.72) และเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.00) โดยสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย แต่ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.00) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.00) รายได้ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 0 – 5,000 บาท (ร้อยละ 50.00) โดยแหล่งรายได้หลักมาจากสวัสดิการจากรัฐ (ร้อยละ 26.00) โดยผู้สูงอายุมีรายรับเฉลี่ยต่อเดือน 7,830.51 บาท (SD.= 10520.44) อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหรือธิดา (ร้อยละ 49.00) และได้รับการดูแลจากบุตรหลาน (ร้อยละ 46.00) และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 74)

2. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต (WHOQOL – BREF – THAI) (n=100 คน)

รายละเอียด	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี		การมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง ๆ		การมีคุณภาพชีวิตที่ดี		M	SD	แปลผล
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0	0.00	33	33.00	67	67.00	100.55	14.66	ดี
ด้านสุขภาพร่างกาย	1	1.00	52	52.00	47	47.00	26.04	4.42	กลาง
ด้านจิตใจ	2	2.00	29	29.00	69	69.00	24.33	3.92	ดี
ด้านสัมพันธภาพ	9	9.00	50	50.00	41	41.00	10.95	2.63	กลาง
ด้านสภาพแวดล้อม	1	1.00	32	32.00	67	67.00	31.88	5.40	ดี

จากตาราง 2 พบว่า โดยรวมส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 67.00) รองลงมาคือ มีระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (ร้อยละ 33.00) เมื่อจำแนกคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบด้านสุขภาพร่างกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตระดับกลาง ๆ (ร้อยละ 47.00) ด้านจิตใจมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 69.00) ด้านสัมพันธภาพส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ (ร้อยละ 50.00) และด้านสิ่งแวดล้อมมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 67.00)

3. ระดับการสูงวัยอย่างสง่างาม ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละการสูงวัยอย่างสง่างามของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก จำแนกตามระดับการสูงวัยอย่างสง่างาม (n=100 คน)

รายละเอียด	ระดับน้อย		ระดับปานกลาง		ระดับมาก		M	SD	แปลผล
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
สูงวัยอย่างสง่างามโดยรวม	5	5.00	32	32.00	63	63.00	76.64	20.13	มาก
ด้านการพึ่งพาตัวเองได้	6	6.00	11	11.00	83	83.00	20.5	5.03	มาก
ด้านการร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ให้สังคม	40	40.00	25	25.00	35	35.00	12.29	7.55	กลาง
ด้านการเจริญทางปัญญา	6	6.00	17	17.00	77	77.00	12.21	3.36	มาก
ด้านการสร้างความมั่นคงด้านการเงิน	18	18.00	26	26.00	56	56.00	8.34	3.63	กลาง
ด้านการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ	10	10.00	31	31.00	59	59.00	10.73	3.53	กลาง
การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง	20	20.00	41	41.00	39	39.00	7.28	3.28	กลาง
การสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา	8	8.00	8	8.00	84	84.00	5.29	1.51	มาก

จากตาราง 3 พบว่า ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลกมีระดับการสูงวัยอย่างสง่างามอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 63.00) รองลงมา คือ ระดับการสูงวัยอย่างสง่างามอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 32.00) และระดับการสูงวัยอย่างสง่างามอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 5.00) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระดับคุณภาพชีวิตกับระดับความสง่างาม ดังตาราง 4

ตาราง 4 ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับการสูงวัยอย่างสง่างาม (n=100)

ความสัมพันธ์	การพึ่งพา ตัวเองได้	การร่วม กิจกรรม และทำ ประโยชน์ ให้สังคม	การเจริญ ทาง ปัญญา	การสร้าง ความ มั่นคง ด้าน การเงิน	การมี วิถีชีวิต ที่ ส่งเสริม สุขภาพ	การ เรียนรู้ อย่าง ต่อเนื่อง	การสร้าง ความรัก ความ ผูกพันใน ครอบครัว เพื่อมีผู้ดูแล ยามชรา	สูงวัย อย่าง สง่างาม โดยรวม
ด้านสุขภาพ	.239*	-.019	.028	.261**	.012	.217*	.028	.187
ร่างกาย								
ด้านจิตใจ	.394**	.081	.249*	.341**	.195	.239*	.230*	.366**
ด้าน	.114	.033	.022	.082	-.121	.156	.016	.140
สัมพันธ์ภาพ								
สังคม								
ด้านสิ่งแวดล้อม	.368**	.109	.229*	.502**	.320**	.434**	.117	.440**
คุณภาพชีวิต	.339**	.155	.214*	.207*	.426**	.456**	.188	.468**
โดยรวม								

หมายเหตุ * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง 4 เมื่อวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลและติดตามหาค่าความสัมพันธ์ของข้อมูลคุณภาพชีวิตและข้อมูลการสูงวัยอย่างสง่างาม โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 พบว่า การสูงวัยอย่างสง่างาม รายด้านกับคุณภาพชีวิตพบว่ามีค่าความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ($r = 0.456$) และการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.426$) ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญที่ .01

อภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตกับระดับความสง่างามด้านร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อม และสัมพันธ์ภาพทางสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนมหาณภาพ สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมมหาณภาพ เขตเทศบาลนครพิษณุโลก พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนมหาณภาพ ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 100.55$, $SD = 14.66$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุอายุอยู่ในช่วง 60 - 70 ปี เป็นผู้สูงอายุตอนต้นสามารถพึ่งพาตนเองได้มาก ซึ่งสอดคล้องกับนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ที่ระบุว่าผู้สูงอายุด้วยการสูงวัยที่สง่างามเป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดี มีส่วนร่วมในสังคมและมีหลักประกันที่มั่นคงจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตและยังประกอบอาชีพด้วยตนเองได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Yomna, Jullamate, & Piphatvanitcha, 2020) ที่พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chanyuth, (2020) พบว่า การมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (Jaisomkom, Tongnuang, Binza, & Charoenwong, 2023) ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ (Insopa, 2019) ที่พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทย มีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ผลการเปรียบเทียบ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเนื่องมาจากความแตกต่างที่

ขึ้นอยู่กับ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ การเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกันในการใช้ชีวิตในแต่ละพื้นที่และบริบท การจัดกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิต รวมทั้งส่วนใหญ่มีลูกหลานอาศัยอยู่ด้วย ในการพัฒนาการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ รวมทั้งรัฐบาลและชุมชน ควรจะสร้างโครงการที่สร้างรายได้หลังจากเกษียณและการกระตุ้นให้เข้าร่วมจัดกิจกรรมครอบครัว (Wuttichan, & Sarayut, 2023) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chuaytem, Kongsin, & Jiamton (2023) คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.05$, $SD = 0.31$) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสถานที่อยู่อาศัยมีความสะดวกสบายและผ่อนคลายในระดับมาก ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลานเป็นส่วนมากซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการที่นั่นทำให้รู้สึกสบายใจประกอบกับผู้ดูแลเฝ้าผู้สูงอายุตลอดเวลาแทบไม่ได้ทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและไว้วางใจ จนเกิดเป็นความพอใจใจสภาพบ้านเรือนของผู้สูงอายุ ซึ่งมีร้อยละ 87.4 อาศัยอยู่กับบุตรหลานหรือญาติ ร้อยละ 76.9 มีบุตรเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 66.4

2. เพื่อศึกษาระดับความสูงวัยอย่างสง่างามเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองได้ การร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ให้สังคม การเจริญทางปัญญา การสร้างความมั่นคงด้านการเงิน การมีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และการสร้างความรัก ความผูกพันในครอบครัว เพื่อมีผู้ดูแลยามชราของผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนมหาภาพ จากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนมหาภาพ ภาพรวมของระดับความสง่างาม อยู่ในระดับมาก ($M = 76.64$, $SD = 20.13$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Malai, Sritarapipat, Duangjinda, & Wanchai (2024) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ชัยนาทมีระดับการมีสุขภาพะพฒพลังในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 69.39$, $SD = 18.38$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chananin (2020) โดยเมื่อพิจารณามิติรายด้าน พบว่า ด้านการสร้างความรักความผูกพันในครอบครัวเพื่อมีผู้ดูแลยามชรา มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 3.69$, $SD = 0.51$) รองลงมาคือ ด้านการพึ่งพาตัวเองได้ ($M = 3.55$, $SD = 0.45$) และด้านการเจริญ ทางปัญญา ($M = 3.54$, $SD = 0.44$) ตามลำดับ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน อาจเป็นเพราะความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวเป็นรากฐานของความสุขแห่งชีวิตความเข้าใจระหว่างสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดความอบอุ่น ตลอดจนก่อให้เกิดการร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพ แห่งบุคคลในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนงานต่าง ๆ จึงยังคงภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมทางสังคม รวมถึงผู้สูงอายุมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพฒพลังอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้ จังหวัดอุบลราชธานี มีประเพณีที่สำคัญอันเป็นมรดกทางวัฒนธรรมที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนานเชื่อมโยงวิถีการดำเนินชีวิตก่อให้เกิดความร่วมมือของชุมชน การมีส่วนร่วมทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะพฒพลังอยู่ในระดับสูง ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสุขวัยอย่างสง่างามตามวัฒนธรรมไทย (Yomna, Jullamate, & Piphatvanitcha, 2020)

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สภาพแวดล้อม และสัมพันธ์ภาพทางสังคมกับระดับความสง่างามการพึ่งพาตนเองได้ การร่วมกิจกรรมและทำประโยชน์ให้สังคม การเจริญทางปัญญา การสร้างความมั่นคงด้านการเงิน การมีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และการสร้างความรัก ความผูกพันในครอบครัว เพื่อมีผู้ดูแลยามชรา พบว่า ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการสูงวัยอย่างสง่างาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับระดับความสง่างาม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ .468 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kabmanee, Ouicharoen, & Sakulkoo (2021) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ต.หนองไผ่ อ.เมือง จ.อุดรธานี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ Malai, Sritarapipat, Duangjinda, & Wanchai (2024) ได้ศึกษาการมีสุขภาพะบบพฒพลังของผู้สูงอายุไทยในสังคมสูงวัย ในเขตพื้นที่จังหวัดชัยนาท ผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบสุขภาพแบบพฒพลังตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ามีความแตกต่างตามกลุ่มอายุ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) และเขตพื้นที่อยู่อาศัย

(เขตเมือง เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท และเขตชนบท) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยและมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Na-Wichian, Sonlop, Promphuk, Piriyaikulkit, & Janvichit, (2024) ที่พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลนครพิษณุโลก ที่คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะซึมเศร้า ($r = -0.535$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งหมายความว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะต้องมีสภาพจิตใจที่ดีไม่เป็นภาวะซึมเศร้าและสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chuaytem, Kongsin, & Jiamton (2023) คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์การสูงวัยอย่างสง่างาม รายด้านกับคุณภาพชีวิตพบว่ามี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ($r = .456$) และการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ($r = .426$) ระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญที่ .01 อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในวัฒนธรรมเมืองจะมีการเรียนรู้ด้วยตนเองและเป็นผู้ที่เข้าชมรมผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพของเทศบาลเมืองพิษณุโลก ทำให้เข้าถึงข้อมูลและทำให้มีการปฏิบัติตัวและมีการเข้าร่วมกิจกรรมที่จะส่งเสริมวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนโดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ สามารถนำข้อมูลกำหนดแนวทางและมาตรการส่งเสริมการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องตามศักยภาพและบริบทของพื้นที่เพื่อให้ผู้สูงอายุสูงวัยอย่างสง่างาม
2. ด้านการปฏิบัติ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้ผู้สูงอายุสูงวัยอย่างสง่างาม เช่น การกำหนดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม
3. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับอาจารย์พยาบาลในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตและการสูงวัยอย่างสง่างาม
4. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยด้านคุณภาพชีวิตและการสูงวัยอย่างสง่างาม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขอบเขตของประชากรในการวิจัยครั้งต่อไปจะช่วยให้สามารถศึกษาและเปรียบเทียบความสัมพันธ์และความแตกต่างในกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรศึกษาในประเด็นแนวทางและมาตรการที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมการพัฒนาและปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุในทุกมิติในส่วนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนโดยเฉพาะบุคลากรทางสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับโดยการไปสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย และผู้บริหารของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการต่อยอด ความรู้จากการศึกษาครั้งนี้
3. ควรขยายผลการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดข้อเสนอแนะทางนโยบายที่เอาไปปฏิบัติในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

Chanyuth, H. (2020). The quality of life of the elderly in Kudphueng sub-district administrative organization, Suwannakhuha district, Nongbua Lamphu province. *Journal of MCU Ubon Review*, 5(2), 77–87.

- Chuaytem, B., Kongsin, S., & Jiamton, S. (2023). Long term care utilization and social support related to quality of life among dependent elderly in Chaiya district, Surat Thani province. *Journal of Health Science*, 32(4), 117–127.
- Chananin, Y. (2020). Factors related to active ageing among community dwelling older adults in Ubon Ratchathani province. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the master's degree in gerontology nursing, Burapha University. (in Thai)
- Cohen, J. (1977). Statistical power analysis for behavioral sciences. New York: Academic Press.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cronbach, L. J. (1951). Essentials of psychological testing. (3rd ed.). New York: Academic Press.
- Department of Mental Health. (2002). Quality of life assessment WHOQOL-BREF-THAI. Retrieved from <https://dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17> (in Thai)
- Gray, R J., & Grove, K S. (2020). Burns and grove's the practice of nursing research – e book: appraisal, synthesis, and generation of evidence, Elsevier Health Sciences.
- Insopa, P. (2019). Quality of life of the elderly in Thailand, Samut Prakan province. Department of Accounting, Faculty of Business Administration, Ramkhamhaeng University. (in Thai)
- Jaisomkom, A., Tongnuang, P., Binza, F., & Charoenwong, S. (2023). Factors predicting quality of life among older adults in Narathiwat province during the COVID-19 pandemic. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 10(3), e260398. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/260398>.
- Jantrakulroj, P. (2019). The elderly: how to take care of them with value quality. *Journal of Interdisciplinary Innovation*, 2(2), 44–54.
- Kabmanee, N., Ouicharoen, S., & Sakulkoo, P. (2021). The quality of life of the elderly in Thamboon Nongphai Muang, Udonthani. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin*, 11(1), 27–39.
- Mahanuphap Health Center. (2024). Statistics on the number of older people in district 2, Phitsanulok Municipality. Phitsanulok: Mahanuphap Health Center. (in Thai).
- Mahatanirunkul, S., Tuntinirunkul, W., Pumpisanchai, W., Wongsuwan, K., & Ponmanajirungkul, R. (1997). The comparison of the World Health Organization quality of life questionnaire, 100 indicators and 26 indicators. Chiang Mai: Suan Prung hospital. (in Thai)
- Malai, C., Sritarapipat, P., Duangjinda, A., & Wanchai, A. (2024). Active aging among older persons in aged-based context of Thailand: A situation analysis of the situation in Chai Nat Province in Central Region of Thailand. *Journal of Nursing and Health Sciences Research*, 16(1), e268710. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/unc/article/view/e268710/e268710> (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2023). *Strategic plan for elderly care 2018-2025*. Retrieved September 1, 2024 from <https://phdb.moph.go.th>. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2024). *Strategic plan for elderly care 2018-2025*. Retrieved September 1, 2024 from <https://phdb.moph.go.th> (in Thai)

- Ministry of Social Development and Human Security (2024). Strategic plan for elderly care 2017-2037. Retrieved September 3, 2024 from <https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/843>. (in Thai)
- Na-Wichian, S., Sornlop, P., Prompuk, B., Phiriyakulkit, N., & Janwijit, S. (2024). The quality-of life factors related to depression among older adults in Phitsanulok municipality. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi*, 7(1), 68–79.
- Noknoi, C., & Boripunt, W. (2017). The quality of life of elders in Songkhla province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 9(3), 94-105.
- Panjathanasap, N. (2019). Development of quality of life for self-reliant elderly in Ban Pong district, Ratchaburi province. In The 8th National and 4th International Conference (pp. 89–99). Retrieved November 3, 2024 from https://bkkthon.ac.th/home/user_files/department/department-24/files/2563/63_6.pdf?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAR00YeTL. (in Thai)
- Prateepmanowong, J. (2019). The relationships between activities of daily living, exercise behaviour and quality of life in older persons with coronary artery disease. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(4), 66-76.
- Registration Administration Bureau. (2023). Mahanuphap Health Center. Retrieved November 2, 2024 from <https://www.phsmun.go.th>. (in Thai)
- Thanakwang, K., Isaramalai, S., & Hatthakit, U. (2014). Development and psychometric testing of the active aging scale for Thai adults. *Clinical Interventions in Aging*, 24(9), 1211-1221.
- THE WHOQOL GROUP. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558.
doi:10.1017/S0033291798006667
- Tupanich, W., Suteekarn, C., & Kitt, C. (2019). Problems and needs of older adults living in urban area, Bangkok metropolitan. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*, 63(Suppl), S83–92.
- Vanichbuncha, K. (2002). *Principles of statistics* (7th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing. (in Thai)
- World Health Organization. (2002). Active aging: A policy framework. Retrieved November 4, 2024 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>.
- World Health Organization. (2022). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Retrieved February 28 2022. from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>.
- Wuttichan, H., & Sarayut, C. (2023). Predictive Factors of Quality of Life for the Elderly in the Elderly Club, Bang Nok Khwaek Subdistrict, Bang Khonthi District, Samut Songkhram Province. *Journal of Health Science*, 32(1), 63–70. (in Thai)
- Yomna C., Jullamate, P., & Piphatvanitcha, N. (2020). Active aging among community-dwelling older adults in Ubon Ratchathani Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 30(1), 83–92.

การสร้างโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย

The Development of a Therapeutic Program for Psychiatric Patients with
Negative Automatic Thoughts and Suicide Risk

ณัฏฐพร ฟุ้งสมุทร

Nattaporn Fungsamut

โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุดรธานี

Faktha Hospital, Uttaradit Province

(Received: January 14, 2025, Revised: March 3, 2025, Accepted: March 6, 2025)

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) พัฒนาโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ 3) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมบำบัด และระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมบำบัด โดยมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2565 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา แบบประเมินโรควิตกกังวล 9 คำถาม และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ Paired t-test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินทักษะการแก้ไขปัญหา (PSI) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 34.67 (SD.= 4.05) หลังเข้าร่วมเท่ากับ 73.50 (SD.= 5.44) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วม เท่ากับ 23.73 (SD.= 2.10) หลังเข้าร่วม เท่ากับ 4.57 (SD.= 1.43) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนเข้าร่วม เท่ากับ 40.23 (SD.= 6.59) หลังเข้าร่วม เท่ากับ 3.20 (SD.= 1.62) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โปรแกรมบำบัดนี้ เป็นการบำบัดรายบุคคลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิดซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดบริการการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ: โปรแกรมบำบัด, ผู้ป่วยจิตเวช, ความคิดอัตโนมัติด้านลบ, ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

Abstract

This research and development study aimed to 1) examine the current situation and related factors in the treatment of psychiatric patients with negative automatic thoughts and suicide risk; 2) develop a therapeutic program for these patients; and 3) evaluate the outcomes of the program's implementation. The study was conducted in three phases: Phase 1 involved data analysis, Phase 2 focused on program development, and Phase 3 involved implementation and evaluation. The research took place from April 2022 to February 2024. A purposive sample of 30 psychiatric patients with negative automatic thoughts and suicide risk was selected. The research instruments included a therapeutic program and a set of questionnaires, comprising a personal information form, a problem-solving skill assessment, the 9-item Depression Assessment Scale (PHQ-9), and the 8-item Suicide Risk Assessment Scale. Data were analyzed using mean, frequency, percentage, Paired t-test, and Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that the mean score for problem-solving skills assessment (PSI) before participating in the program was 34.67 (S.D.= 4.05), which increased significantly to 73.50 (S.D.= 5.44) after the program ($p < 0.05$). The mean score for depression assessment before participation was 23.73 (S.D.= 2.10), which significantly decreased to 4.57 (S.D.= 1.43) after participation ($p < 0.05$). Similarly, the mean score for suicide risk assessment decreased significantly from 40.23 (S.D.= 6.59) before the program to 3.20 (S.D.= 1.62) after the program ($p < 0.05$).

This therapeutic program is an individual-based intervention that emphasizes the involvement of close persons who serve as key sources of social support. It aims to enhance problem-solving skills and reduce suicidal thoughts and behaviors. The program offers an alternative approach for providing suicide prevention services among psychiatric patients in community hospitals and sub-district health promoting hospitals.

Keywords: Therapeutic Program, Psychiatric Patients, Negative Automatic Thoughts, Suicide Risk

บทนำ

การฆ่าตัวตาย (Suicide) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2019) พบว่าทั่วโลก มีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่า 8 แสนคนต่อปีหรือ 11.69 ต่อแสนประชากร และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 1.5 ล้านคน (World Health Organization, 2018) การกำหนดปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นเป้าหมายระดับโลกและเป็นตัวบ่งชี้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) ปี ค.ศ. 2019 – 2023 และมุ่งเน้นให้แผนปฏิบัติการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2556 - 2573 สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหายาอย่างครอบคลุมโดยในปี ค.ศ. 2020 การฆ่าตัวตายในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกจะลดลงร้อยละ 10

สำหรับประเทศไทยแต่ละปีมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500 – 5,200 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกินกว่าค่าเป้าหมายซึ่งกำหนดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.30 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ 2564 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จยังเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.38 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 79.50 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.50 วิธีการที่ใช้เป็นการผูกคอตาย ร้อยละ 82.60 รองลงมาคือ ใช้อาวุธปืน ร้อยละ

6.20 และใช้ยาแก้ปวดหัวขี้น ร้อยละ 3.30 โดยก่อนเสียชีวิตพบสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายเพียง ร้อยละ 25.80 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 24.20 และเคยมีประวัติทำร้ายตนเองร้อยละ 12 (National Suicide Prevention Center, 2022)

จากข้อมูลย้อนหลังของจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีอัตรา 10.38, 12.47 และ 10.48 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จะเห็นว่า เกินเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตทุกปี ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และโรคทางจิตเวช โดยสาเหตุกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ ความน้อยใจ หึงหวง ทะเลาะกับคนใกล้ชิด สำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า มีอัตรา 18.38, 20.13, และ 26.47 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุต่ำกว่า 20 ปี อาชีพส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน โดยการกินยาเกินขนาด กินสารเคมี ซึ่งจะมีทุกห้วงเวลาและมีทุกเดือน (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2021)

สำหรับอำเภอปากท่า จังหวัดอุดรดิตถ์ มีข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ และพยายามฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2562 - 2564 ของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลปากท่า พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จอัตรา 20.53, 20.68 และ 13.79 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอัตรา 20.68, 20.68 และ 28.26 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุระหว่าง 15 - 20 ปี วิธีที่ใช้มากที่สุด คือการกินยาเกินขนาด รองลงมา คือ การกินยากำจัดวัชพืช คนที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า เป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 73.68 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Winait, Ropkhop, Sakulphorn, & Saranabuppha (2018) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ทำให้สิ้นหวัง จึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น จากข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของอำเภอปากท่าในช่วง ปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวน 82, 97 และ 164 ราย ตามลำดับ (Fak Tha Hospital, 2021) จากข้อมูลการศึกษาของ Huaysai, Surinchomphu, & Pongthippat (2021) ยังพบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จนนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชได้แก่ผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเภท ที่เกิดภาวะซึมเศร้าจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการโดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการจัดการความคิดในด้านลบ การเรียนรู้แนวทางการจัดการปัญหาที่เหมาะสม การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง จะเป็นแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งปัจจุบันในการให้บริการยังไม่มีแนวทางในการบำบัดดังกล่าว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงแม้จะได้รับการด้วยยานอกจากนี้ยังพบว่า ในระดับครอบครัวและชุมชนยังขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายอื่น ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ครอบครัว ชุมชน ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย มองว่าผู้ป่วยเรียกร้องความสนใจ อ่อนแอ ผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง ดังนั้น การบูรณาการการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ควรดำเนินไปควบคู่กับการบำบัดรักษาในสถานบริการ โดยเฉพาะโปรแกรมที่มุ่งเน้นไปที่การจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งเป็นต้นตอสำคัญของปัญหา ร่วมกับการบำบัดทางจิตเชิงรุกในชุมชนเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชให้ประสบความสำเร็จ จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและสร้างโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพโดยการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทั้งการบำบัดรักษาเชิงรับในสถานบริการและการบำบัดรักษาเชิงรุกในชุมชน และเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของอำเภอปากท่า

3. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมุติฐาน

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อยกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม

นิยามศัพท์

โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง กิจกรรมบำบัดที่พัฒนาขึ้นมาโดยใช้แนวคิดจากตัวแบบ 5 ปัจจัย (5 Factors Model) ของ D’Zurilla & Nezu (2010) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt & Weinert (1985) และ House (1981)

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลปากท่าและได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภทตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem: ICD-10) (World Health Organization, 2016) ที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีอายุ ตั้งแต่ 15 - 59 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอปากท่า ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 – ตุลาคม พ.ศ. 2566

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลปากท่า และได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย วางแผนที่จะฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในอดีต ที่มีอายุตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป

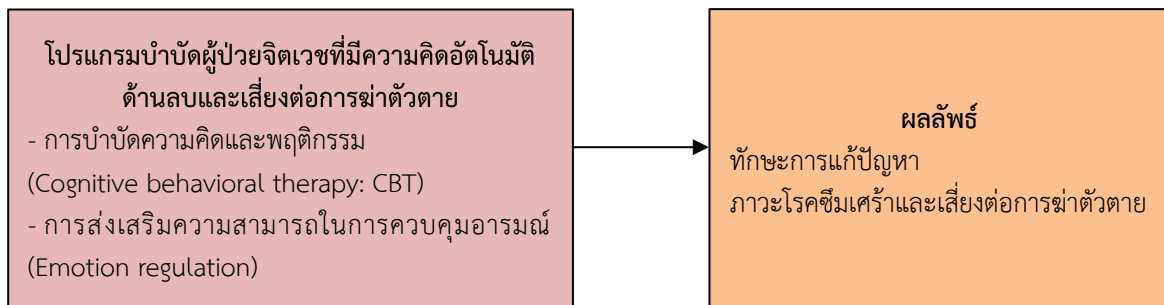
ความคิดอัตโนมัติด้านลบ หมายถึง ความคิดเชิงลบต่อตนเองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเภทที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เช่น คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ดีพอ ไม่มีคนต้องการ เป็นคนไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อคนอื่น ๆ คิดว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่น คิดว่าปัญหาไม่มีทางแก้ไขได้

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในด้านการดำรงชีวิตประจำวัน การสนับสนุนให้การยอมรับ ให้กำลังใจ การดูแลเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องของคนใกล้ชิด ครอบครัว ญาติ และเครือข่ายในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดในการสร้างโปรแกรมบำบัด โดยประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Negative automatic thoughts) และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นพิเศษกับภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวัง การบำบัดที่มีประสิทธิภาพจึงต้องมีแนวทางที่เป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน โปรแกรมบำบัดที่

ออกแบบนี้มีการบูรณาการแนวคิดทางจิตวิทยา เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) และการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (Emotion regulation) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development)

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรเครือข่าย ทีมทำงานสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอปากท่า ในปี พ.ศ. 2565 ทั้งหมด 15 คน ประกอบด้วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลปากท่า จำนวน 5 คน นักวิชาการจำนวน 1 คน และนักจิตวิทยาจำนวน 1 คน ที่ปฏิบัติงานที่แผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลปากท่า แพทย์ผู้รับผิดชอบงานคลินิกแผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลปากท่าจำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขสาขาสุขภาพจิตจำนวน 4 คน ญาติผู้ป่วยที่ยาฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ได้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขสาขาสุขภาพจิต อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอปากท่าหรือปฏิบัติงานในอำเภอปากท่า อย่างน้อย 1 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออก เขียนได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) กลุ่มตัวอย่างย้ายสถานที่ปฏิบัติงานไปอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี ในระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของคณะทำงานสุขภาพจิต อำเภอปากท่า เพื่อป้องกันการเกิดอคติในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยไม่มีส่วนในการเสนอความคิดเห็นหรือให้ข้อมูลใด ๆ ในการดำเนินการเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเชิงคุณภาพ คำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ คือ 1) แนวปฏิบัติในการป้องกัน กระบวนการแก้ไขปัญหา และดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ 2) ปัญหาที่พบเจอจากการทำงาน และภาพฝันรวมทั้งข้อเสนอแนะของปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม และการประเมินผลซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI)

เท่ากับ 0.95 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้รับผิดชอบงานจิตเวช 2 ท่าน และญาติผู้ที่ย้ายมาอาศัยอยู่ไม่สำเร็จ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการจัดเวทีเพื่อระดมความคิดและสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus group) การสังเกต การสอบถามในประเด็นที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ สร้างดัชนี จำแนกหมวดหมู่ เชื่อมโยงข้อมูล และตีความเพื่อหาความสัมพันธ์ของเรื่องราวและข้อสรุป โดยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) ด้วยการคืนผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้กับผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ตรวจสอบ (Member checking) เพื่อโต้แย้งหรือยืนยันข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมิติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต และผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชตาม ICD-10 ด้วยรหัส F32.2 และ F20.9 (World Health Organization, 2016) ที่มีความคิดอัตโนมิติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พื้นที่ตำบลสองห้อง อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมด 10 คน ตามแนวทางของ Nielsen (2000) ประกอบด้วย นักจิตวิทยาจำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ปฏิบัติงานแผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลฟากท่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน และนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน และประชากรอีกกลุ่มคือผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชตาม ICD-10 ด้วยรหัส F32.2 และ F20.9 (World Health Organization, 2016) ที่มีความคิดอัตโนมิติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชตาม ICD-10 ด้วยรหัส F32.2 และ F20.9 ที่มีความคิดอัตโนมิติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) มีคะแนนแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เท่ากับ 7 คะแนนขึ้นไป มีคะแนนแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม เท่ากับ 1 คะแนนขึ้นไป มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) เท่ากับ 36 คะแนนขึ้นไป 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลสองห้อง อำเภอฟากท่า อย่างน้อย 1 ปี 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออก เขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ 5) อายุระหว่าง 15 - 59 ปี และ 6) ให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ไม่อยู่ในพื้นที่อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ในระหว่างการทำวิจัย 2) มีโรคร่วม (Comorbidity) ทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัด 3) เป็นผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย/ไม่ตอบแบบ และ 4) เป็นใบ้หรือพิการทางหู

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมต้นแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมิติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรคเคยพยายามฆ่าตัวตาย ระยะเวลาที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

2. แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ซึ่งเป็นมาตรวัดอาการทางจิตที่มีทั้งหมด 18 รายการ โดยแต่ละรายการให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการตั้งแต่ 1 ถึง 7 คะแนน ได้แก่ ไม่มีอาการ (1 คะแนน) สงสัย

ว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ (2 คะแนน) มีอาการเล็กน้อย (3 คะแนน) มีอาการปานกลาง (4 คะแนน) มีอาการค่อนข้างรุนแรง (5 คะแนน) มีอาการรุนแรง (6 คะแนน) มีอาการรุนแรงมาก (7 คะแนน) โดยมีการแปลผลดังนี้ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18–126 คะแนน น้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ 18–36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตน้อยหรืออยู่ในระยะทุเลา มากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

3. แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) เป็นแบบวัดทักษะในการแก้ไขปัญหา แบบประเมินมี 23 ข้อ คะแนนคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) โดยมีข้อคำถามทางบวกจำนวน 13 ข้อ (1,2,3,4,5,6,11,12,13,14,15,16 และ 17) และข้อคำถามทางลบจำนวน 10 ข้อ (7,8,9,10,18,19,20,21,22 และ 23) ซึ่งข้อคำถามทางลบนี้จะให้ คะแนนกลับกันกับข้อคำถามทางบวก โดยมีการแปลผล คือ คะแนนยิ่งมากแสดงถึงทักษะการแก้ไขปัญหาที่ดีขึ้น

4. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เป็นข้อคำถามที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าจำนวน 9 ข้อ เป็น คำถามแบบเลือกตอบจำนวน 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) 1 เป็นบางวัน 1 – 7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) โดยมีการแปลผล ดังนี้ 0 - 6 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย, 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ในกรณีที่มีคะแนน ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปดำเนินการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม

5. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม เป็นคำถามที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ โดยให้เลือกตอบ มี และไม่มีดังนี้

ข้อ 1	มี	ให้คะแนน	1	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 2	มี	ให้คะแนน	2	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 3	มี	ให้คะแนน	6	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 4	มี	ให้คะแนน	8	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 5	มี	ให้คะแนน	9	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 6	มี	ให้คะแนน	4	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 7	มี	ให้คะแนน	10	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 8	มี	ให้คะแนน	4	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน

โดยมีการแปลผลดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน, 1 - 8 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย, 9 - 16 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง และ 17 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง

6. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัด ฯ เพื่อตรวจสอบยืนยันความเข้าใจได้ความ เป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน), เห็นด้วยมาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยเลย (1 คะแนน)

โดยการแปลผล คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 20–100 คะแนน แปลผลดังนี้ 81 – 100 คะแนน มีความคิดเห็น ในระดับมากที่สุด (เหมาะสมและมีศักยภาพสูงในการใช้งานจริง), 61 – 80 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับมาก, 41 – 60 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง, 21 – 40 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับน้อย และต่ำกว่า 20 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับน้อยมาก (อาจต้องปรับปรุงหรือทบทวนโปรแกรม)

7. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับคู่มือการใช้โปรแกรมบำบัด ฯ เพื่อตรวจสอบยืนยันด้านเนื้อหาสาระ ด้านภาษา ด้านรูปแบบ และการนำไปใช้ จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating

Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยเลย (1 คะแนน)

การแปลผล คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 20 – 100 คะแนน โดย 81 – 100 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด (คู่มือมีคุณภาพดีมาก เหมาะแก่การใช้งาน), 61 – 80 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับมาก, 41 – 60 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง, 21 – 40 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับน้อย, ต่ำกว่า 20 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับน้อยมาก (ควรต้องปรับปรุง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ร่างต้นแบบโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นครั้งนี้ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผลซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.95

2. แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) (Kittirattanapaiboon, 2003) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าทดสอบค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

3. แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) (Sriwises, Yubolpan, Ingkhadanar, Hattapanom, & Bangsaeng, 2013) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าทดสอบค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

4. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม Kongsuk, Arunpongpaisal, Janthong, Prukkanone, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2018) มีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 86.15 และค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 83.12 และค่าความถูกต้อง (Accuracy) 83.29 แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับ และมีการนำไปใช้ในงานประจำอย่างแพร่หลาย ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจหาความเชื่อมั่น

5. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 (Kongsuk, Arunpongpaisal, Janthong, Prukkanone, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2018) แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับ และมีการนำไปใช้ในงานประจำอย่างแพร่หลาย ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจหาความเชื่อมั่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิจัยนี้ใช้การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและญาติผู้ที่ยายฆ่าตัวตาย ไม่สำเร็จเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรมด้วยการสนทนากลุ่ม และให้ข้อเสนอแนะจากโปรแกรมการทดลองที่ผู้วิจัยร่างไว้โดยใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี หลังจากนั้นผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีการดำเนินการและการประเมินผลซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.95 และเริ่มก่อนทดลองในกลุ่มขนาดเล็กในพื้นที่ตำบลสองห้องตามเกณฑ์การคัดเข้า ซึ่งโปรแกรมนี้ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้งโดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 อาทิตย์ มีการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทุกครั้ง ติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชตาม ICD-10 ด้วยรหัส F32.2 และ F20.9 (World Health Organization, 2016) ที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 85 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดให้มีค่าวิเคราะห์แบบ One tail effect size α เท่ากับ .05 และ $(1 - \beta)$ เท่ากับ 0.8 ค่า Effect size เท่ากับ 0.5 การศึกษานี้กำหนดค่า Effect size ตามแนวทางของ Cohen (1988) โดยอ้างอิงจาก Akkadech, Orapin, Wiphatda, Sakhon, & Buppaheaw (2020) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) โดยการหยิบฉลากอย่างง่ายตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลในอำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชตาม ICD-10 ด้วยรหัส F32.2 และ F20.9 ที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) มีคะแนนแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เท่ากับ 7 คะแนนขึ้นไป 3) มีคะแนนแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม เท่ากับ 1 คะแนนขึ้นไป 4) มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) = 36 คะแนนขึ้นไป 5) อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลสองคอน, ตำบลบ้านเสี้ยว และตำบลปากท่าอำเภอปากท่า อย่างน้อย 1 ปี 6) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ 7) อายุระหว่าง 15 - 59 ปี และ 8) ให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ไม่อยู่ในพื้นที่อำเภอปากท่า จังหวัดอุดรธานี ในระหว่างการทำวิจัย 2) มีโรคร่วม (Comorbidity) ทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัด 3) ผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย/ไม่ตอบแบบ และ 4) เป็นไข้หรือพิการทางหู

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมต้นแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น 2) แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต 4) แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา 5) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และ 6) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมต้นแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นครั้งนี้ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีการดำเนินการและการประเมินผลซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.95

2. แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) (Kittirattanapaiboon, 2003) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าทดสอบค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

3. แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory: PSI) (Sriwises, Yubolpan, Ingkhadanar, Hattapanom, & Bangsaeng, 2013) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าทดสอบค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ (reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

4. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม Kongsuk, Arunpongpaisal, Janthong, Prukkanone, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2018) มีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 86.15 และค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 83.12 และค่าความถูกต้อง (Accuracy) 83.29 แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับ และมีการนำไปใช้ในงานประจำอย่างแพร่หลาย ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจหาความเชื่อมั่น

5. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 (Kongsuk, Arunpongpaisal, Janthong, Prukkanone, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2018) แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับ และมีการนำไปใช้ในงานประจำอย่างแพร่หลาย ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจหาความเชื่อมั่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะนี้เป็นการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นในพื้นที่ตำบลตำบลสองคอน ตำบลบ้านเสี้ยว และตำบลปากท่า อำเภอปากท่า จำนวน 30 คน โดยดำเนินการดังนี้

1. ให้บริการบำบัดรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งผู้รับบริการการต้องมีบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว มาด้วยทุกครั้งเพราะการบำบัดนี้เป็นการบำบัดแบบทำควบคู่กันไประหว่างตัวผู้รับการบำบัดบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว

2. ก่อนบำบัดจะมีการประเมินด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

3. การบำบัดครั้งที่ 1 เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับการบำบัด คนใกล้ชิด/ครอบครัวผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด ประเมินสถานการณ์อย่างรอบคอบ ลดความหุนหันพลันแล่น และส่งเสริมการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

4. การบำบัดครั้งที่ 2 ฝึกทักษะการมองปัญหาเชิงบวกทั้งผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว โดยสร้างทัศนคติเชิงบวกและลดทัศนคติเชิงลบต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

5. การบำบัดครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมกับบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว

6. การครั้งที่ 4 นำแนวทางการแก้ปัญหาไปใช้โดยการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว

7. ครั้งที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) และชี้แจงไว้ซึ่งทักษะแก้ปัญหาโดยผู้รับการบำบัด บุคคลใกล้ชิด/ครอบครัวและร่วมกันทบทวนรูปแบบการบำบัด

โดยครั้งที่ 1 – 5 ใช้ระยะเวลาในการบำบัดครั้งละ 30 - 60 นาที ระยะเวลาในการนัดหมายแต่ละครั้งห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ และติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ

2. สถิติอนุมาน ผู้วิจัยเลือกใช้ Paired t-test เปรียบเทียบทักษะการแก้ปัญหาเนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov-smirnov, p -value < .001) สำหรับภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย โดยเลือกใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov-smirnov, p -value > .05)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 2/2565.1.11 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2565 การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมที่เคร่งครัด อีกทั้งในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ดำเนินการโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อคุ้มครองสิทธิ์ ความเป็นส่วนตัว และสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องของการให้ข้อมูลและการยินยอมโดยสมัครใจ การรักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคล การจัดเก็บข้อมูลตามมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูลวิจัย โดยเฉพาะในเรื่องของการลดความเสี่ยงและปกป้องกลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ได้รับการออกแบบให้ไม่มีผลกระทบด้านลบต่อร่างกาย จิตใจ หรือสถานะ

ทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง หากพบว่าการเข้าร่วมอาจส่งผลกระทบ กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการเข้าร่วมได้ทันที และนักวิจัยจะให้คำแนะนำหรือความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไปทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในรูปแบบฟอร์มการให้คำยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช (n=30)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	7	23.33
	หญิง	23	76.67
อายุ	15 - 25 ปี	16	53.33
	26 - 36 ปี	2	6.67
	37 - 47 ปี	2	6.67
	48 - 59 ปี	10	33.33
	60 ปีขึ้นไป	0	0.00
สถานภาพ	โสด	17	56.67
	สมรส	7	23.33
	หม้าย หย่าร้าง	6	20.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	13	43.33
	มัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.00
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช/ปวส/อนุปริญญา	12	40.00
	ปริญญาตรีขึ้นไป	2	6.67
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	15	50.00
	เกษตรกร	6	20.00
	รับจ้าง	4	13.33
	ว่างงาน	5	16.67
การวินิจฉัยโรค	โรคซึมเศร้ารุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต (F32.2)	18	60.00
	โรคจิตเภทแบบไม่ระบุรายละเอียด (F20.9)	12	40.00
เคยพยายามฆ่าตัวตาย	มี	19	63.33
	ไม่มี	11	36.67
ระยะเวลาที่มีความคิดฆ่าตัวตาย	1 เดือน	21	70.00
	มากกว่า 1 เดือน	9	30.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.67) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต (F32.2) (ร้อยละ 60.00) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 56.67) ประมาณ 2 ใน 5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.33) ครึ่งหนึ่งเป็นนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 50.00) เกือบ 2 ใน 3 เคยพยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 63.33) และเกือบ 3 ใน 4 ระยะเวลาที่มีความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ในระยะเวลา 1 เดือน (ร้อยละ 70.00)

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา (PSI) คะแนนเฉลี่ยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา (PSI) คะแนนเฉลี่ยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม คะแนนเฉลี่ยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ตัวแปร	n	M	SD	IQR	t/Z	p-value (1- tailed)
ทักษะการแก้ปัญหา						
ก่อนการทดลอง	30	34.67	4.05	-	-36.651	< .001*
หลังการทดลอง	30	73.50	5.44			
ภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม						
ก่อนทดลอง	30	23.73	2.10	18	-4.799	< .001*
หลังทดลอง	30	4.57	1.43			
การฆ่าตัวตาย 8 คำถาม						
ก่อนทดลอง	30	40.23	6.59	40	-4.992	< .001*
หลังทดลอง	30	3.20	1.62			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 34.67 (S.D.= 4.05) และหลังเข้าร่วมคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา เท่ากับ 73.50 (S.D.= 5.44) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้สถิติ Paired samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 23.73 (S.D.= 2.10) และหลังเข้าร่วมคะแนนภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 4.57 (S.D.= 1.43) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 40.23 (S.D.= 6.59) และหลังเข้าร่วมคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 3.20 (S.D.= 1.62) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากการศึกษาสภาพการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมิติ ด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทีมสหวิชาชีพมีความต้องการที่สำคัญ คือ ควรมีโปรแกรมบำบัดที่เข้าใจ และใช้เป็นหลักสัก 1 โปรแกรม ซึ่งทั้งนักจิตวิทยา นักวิชาการ พยาบาลที่อยู่โรงพยาบาลหรือพยาบาลที่อยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็สามารถใช้ได้เช่นเดียวกัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ต้องมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้สามารถใช้ได้ทั้งพยาบาล นักจิตวิทยาและนักวิชาการที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต สืบเนื่องมาจากว่าโปรแกรมการบำบัดส่วนใหญ่ที่มีอยู่ในปัจจุบันมักมีความซับซ้อน ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หรือใช้เวลานานในการฝึกอบรม จึงไม่เอื้อต่อการนำไปใช้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงควรมีลักษณะเรียบง่าย ใช้งานได้จริง และมีประสิทธิภาพในการลดความคิดอัตโนมิติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชุมชน และแตกต่างจากแนวทางการบำบัดแบบเดิมที่มุ่งเน้นเฉพาะในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิเป็นหลัก

2. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โปรแกรมนี้แตกต่างจากโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชอื่น คือ เป็นการประยุกต์การใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นบุคคลใกล้ชิดหรือครอบครัวที่คอยเป็นเหมือนเป็นที่พึ่งหรือผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไปพร้อมกับผู้ป่วย อาจจะเป็นเพราะการที่มีบุคคลใกล้ชิดหรือครอบครัว เข้าใจ คอยให้กำลังใจ และเป็นที่ยึดเหนี่ยวให้ความช่วยเหลือคำแนะนำอย่างใกล้ชิดตั้งแต่กระบวนการระบุปัญหา การปรับใช้วิธีการแก้ปัญหาแต่ละวัน การฝึกคิดทางบวก เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลให้มากขึ้น โดยบุคคลใกล้ชิดหรือครอบครัวก็ผ่านกระบวนการบำบัดเช่นเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งโปรแกรมนี้น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยและบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวร่วมกันฝึกแก้ปัญหาแบบซ้ำ ๆ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิดหรือครอบครัวและชุมชนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ในชุมชนได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Polmeesak, Pansila, & Pakanon (2015) ในเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี พบว่าครอบครัวมีส่วนเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นกับบุคคล สมาชิกในครอบครัวมีความรักความเข้าใจซึ่งกันละกัน จะส่งผลให้ครอบครัวมีความสุข แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวทะเลาะวิวาท มีความขัดแย้ง ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย

3. ผลการใช้โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รายละเอียดดังนี้

3.1 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มักมีการรับรู้ปัญหาที่บิดเบือน บกพร่องการรับรู้และการประเมินปัญหา มีกลไกการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ที่รุนแรงทำให้บังคับความคิดที่มีเหตุผล มีทักษะการตัดสินใจและเลือกทางออกที่ต่ำ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมแต่เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ทำให้คะแนนทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มมาก แสดงถึงทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Ballegooijen, Rawee, Palantza, Miguel, Harrer, Cristea, et al., (2024) ในเรื่อง การบำบัดทางจิตวิทยาช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายจากการวิจัยพบว่า โปรแกรมทักษะการแก้ปัญหา(Problem-Solving Therapy) เป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับ Akkadech, Orapin, Wiphatda, Sakhon, & Buppaheaw (2020) ที่พบว่าโปรแกรม PST- PSS เหมาะสมในการใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอารมณ์ สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ อาจจะเป็นเพราะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการระบุและปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นลบ รวมถึงการฝึกทักษะในการควบคุมอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์เชิงลบและสถานการณ์ที่กระทบต่อภาวะอารมณ์ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kosanlavat, Tapinta, Ratpatipatpakdee, & Leejongphoempun (2018) ว่าโปรแกรมการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อยกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางจิตช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย อาจจะเป็นเพราะว่า การบำบัดทางจิตช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียดและความรู้สึกเชิงลบ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอันตรายและทักษะการเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจทางอารมณ์มากขึ้นและสามารถลดความคิดที่จะทำร้ายตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Ballegooijen, Rawee, Palantza, Miguel, Harrer, Cristea, et al (2024) ในเรื่อง การบำบัดทางจิตวิทยาช่วยลดความคิดฆ่า

ตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายจากการวิจัย พบว่า โปรแกรมทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) เป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นการบำบัดรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสามารถจัดกิจกรรมการบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพได้ยิ่งขึ้น
2. โปรแกรมการบำบัดนี้ออกแบบมาเพื่อให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ สามารถให้การบำบัดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้เนื่องจากโปรแกรมมีความไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ใช้โดยบุคลากรวิชาชีพอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยร่วมสมัยที่เหมาะสมกับยุคเทคโนโลยีดิจิทัล โดยพัฒนาโปรแกรมบำบัดในรูปแบบแอปพลิเคชัน หรือการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดผ่านระบบวีดีโอคอล (Video call)
2. ควรมีการศึกษาทำวิจัยและพัฒนาโปรแกรม กับกลุ่มเสี่ยงอื่นๆเช่นกลุ่มที่ติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

References

- Akkadech, K., Orapin, Y., Wiphatda, K., Sakhon, B., & Buppaheaw, S. (2020). Development of a problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Mental Health of Thailand*, 2020(1), 86–89. (in Thai)
- Beck, A. T. (1976). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects* (p. 264). New York, NY: Harper & Row.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: psychometric update* [Unpublished manuscript]. University of Washington, School of Nursing, Washington, DC.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook Of cognitive-behavioral therapies* (pp. 197–225). New York, NY: Guilford Press.
- Fak Tha Hospital. (2021). *Summary of psychiatric and substance abuse operations*. Fak Tha Hospital. (in Thai)
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support* (Addison-Wesley series on occupational stress. Boston, MA: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.
- Huaysai, T., Surinchomphu, K., & Pongthippat, V. (2021). Negative automatic thoughts and suicide risk in psychiatric patients. *Sakonkakhon Hospital Journal*, 24(2), 49–57. (in Thai)
- Kittirattanapaiboon, P. (2003). Training program on interviewing and scoring BPRS in the format Of T-PANSS. In Lecture materials on psychiatric patient symptom assessment, Suan Prung Psychiatric Hospital. Chiang Mai: Suan Prung Psychiatric Hospital. (in Thai)

- Kongsuk, T., Arunpongpaissal, S., Janthong, S., Prukkanone, B., Sukhawaha, S., & Leejongpermpon, J. (2018). Criterion-related validity of the 9-question depression rating scale revised for Thai central dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 63(4), 321–333. (in Thai)
- Kosanlavat, P., Tapinta, D., Ratpatipatpakdee, H., & Leejongphoempun, J. (2018). Development and effects of a problem-solving program to reduce depressive symptoms in patients with major depressive disorder at Prasimahabhodi Hospital. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 32(1), 49-65. (in Thai)
- National Suicide Prevention Center. (2022). Suicide report. Retrieved April 1, 2025 from <https://suicide.dmh.go.th/report/>.
- Nielsen, J. (2000). Why You Only Need to Test with 5 Users. Retrieved April 1, 2025 from <https://www.nngroup.com/articles/why-you-only-need-to-test-with-5-users/>.
- Polmeesak, J., Pansila, W., & Pakanon, P. (2015). Development of a participatory model for monitoring and caring for individuals with depression and suicide risk: A case study of Ban Tub Tao, Nam Kham Yai Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 60(1), 12–25.
- Sriwises, S., Yubolpan, S., Ingkhadanar, K., Hattapanom, W., & Bangsaeng, S. (2013). Problem-solving group therapy in patients with depression and suicide risk. *Journal of Mental Health of Thailand*, 21(2), 98–109. (in Thai)
- Uttaradit Provincial Public Health Office. (2021). *Summary of public health performance, Uttaradit Province, 2021*. Uttaradit Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Van Ballegooijen, W., Rawee, J., Palantza, C., Miguel, C., Harrer, M., Cristea, L., et al., (2024). Suicidal ideation and suicide attempts after direct or indirect psychotherapy: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2854>
- Winaith, W., Ropkhop, S., Sakulphorn, S., & Saranabuppha, H. (2018). Depression, alcohol drinking behavior, and suicide risk among adolescents. *Nursing Journal*, 45(4), 144-158.
- World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems*. - 10th revision, Fifth edition, 3 v.
- World Health Organization. (2018). World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. Retrieved April 1, 2025 from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585>.
- World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization. Retrieved April 1, 2025 from <https://www.who.int/>.

การพัฒนาแบบแผนการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ตามบทบาทของ
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

The Development of a Public Health Operational Model in Accordance with
the Roles of the District Public Health Office Following the Transfer of
Subdistrict Health Promoting Hospital Responsibilities to the Provincial
Administrative Organization

วารินทร์ นุ่มนวล¹, วรพจน์ พรหมสัตยพรต^{2*} และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์²

Warin Numnual¹, Vorapoj Promasatayaprot^{2*} and Surasak Thiabriti²

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Master of Public Health Program Student, Faculty of Public Health, Mahasarakham University,

²Faculty of Public Health, Mahasarakham University

(Received: January 19, 2025; Revised: May 3, 2025; Accepted: May 26, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมิณผลเพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาแบบแผน และประสิทธิผลของการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ตามบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด 88 คน ประกอบด้วย 1) สาธารณสุขอำเภอ 11 คน และ 2) ผู้ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 77 คน เก็บข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร จากแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการอภิปรายกลุ่ม ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า แบบแผนประกอบด้วยการพัฒนาความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด ให้มีการประเมินความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหา สร้างความเข้าใจที่ตรงกัน และมีการประเมินผลการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะปรับบทบาทเน้นไปในด้านการประสานงานและสนับสนุนข้อมูลวิชาการสุขภาพ นำมาซึ่งกระบวนการ NAKHON Model ผลการประเมินประสิทธิผลของแบบแผน อยู่ในระดับมาก ($M = 2.75$, $SD = 0.60$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ควรผลักดันแบบแผนดังกล่าว เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายนำไปปรับใช้ตามบริบทของแต่พื้นที่ในการดำเนินงานต่อไป

คำสำคัญ: การถ่ายโอนภารกิจ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, แบบแผน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: warin19@gmail.com)

Abstract

This participatory action research aimed to investigate the existing problems, develop an operational model, and assess the effectiveness of public health operations in accordance with the roles of District Public Health Offices following the transfer of Subdistrict Health Promoting Hospital responsibilities to Provincial Administrative Organizations (PAO). The sample was purposively selected and consisted of 88 public health personnel working in District Public Health Offices where such transfers had taken place. The participants included: 1) 11 district public health officers, and 2) 77 staff members working within the District Public Health Offices. Data were collected through document reviews, questionnaires, interviews, focus group discussions, and group dialogues during the period of September to December 2024. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The findings revealed that the developed model involved strengthening collaboration between District Public Health Offices and Provincial Administrative Organizations (PAOs). This collaboration includes conducting continuous assessments of community health needs to analyze problems, foster shared understanding, and implement performance evaluations, with reporting of key indicators to relevant agencies. Under this model, the role of District Public Health Offices shifts toward coordination and the provision of technical health information. This process led to the development of the NAKHON Model. The evaluation of the model's effectiveness indicated a high level of success ($M = 2.75$, $SD = 0.60$). Based on the research findings, it is recommended that the model be advanced as a policy proposal and adapted for implementation in accordance with the specific contexts of each locality.

Keywords: Task Transfer, District Public Health Office, Operational Model

บทนำ

การถ่ายโอนภารกิจที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตามแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 – 2563 รวมทั้งสิ้น 65 แห่ง จากจำนวนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 9,787 แห่งทั่วประเทศ และในปี พ.ศ.2566 (ตามมติเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี (ครม.) เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2565 และวันที่ 26 กรกฎาคม 2565) ได้มีจำนวนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีความประสงค์ที่จะถ่ายโอนให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน 3,264 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.5 จาก รพ.สต.ทั้งหมด 6,872 แห่งใน 49 จังหวัด และคิดเป็นร้อยละ 33.39 ของ สอน. และ รพ.สต. 9,775 แห่งทั่วประเทศ บุคลากรรวม 21,829 ราย ประกอบด้วย ข้าราชการ 11,992 ราย และประเภทการจ้างงานอื่น 9,837 ราย (Somthaneuk, Sasivimon, Sawaneey, Nichanant,

Phattarachiraporn, Thanin, et al, 2024) อนึ่ง ในการนี้เมืองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่ผ่านประเมินความพร้อม จำนวน 49 จังหวัด แบ่งเป็นระดับดีเลิศ จำนวน 45 จังหวัด ซึ่งสามารถรับการถ่ายโอนภารกิจ ๗ ทุกแห่งในเขตพื้นที่จังหวัด หรือตามจำนวนที่แจ้งความประสงค์ขอรับการถ่ายโอนภารกิจ และระดับดีมาก จำนวน 4 จังหวัด สามารถรับการถ่ายโอนภารกิจ ๗ ได้อย่างน้อย อำเภอละ 2 แห่ง หรือรวมแล้วไม่เกิน 60 แห่ง ในเขตจังหวัด (Department of Local Public Health, Department of Local Administration, 2021)

องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินการถ่ายโอนภารกิจ ๗ ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 36 แห่ง ประกอบด้วย อำเภอท่าศาลา 10 แห่ง อำเภอร่อนพิบูลย์ 7 แห่ง อำเภอบางขัน 6 แห่ง อำเภอฉ่ำพรรณรา 4 แห่ง อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช 2 แห่ง อำเภอจุฬาภรณ์ 1 แห่ง อำเภอทุ่งสง 1 แห่ง อำเภอพรหมคีรี 1 แห่ง อำเภอพระพรหม 1 แห่ง และอำเภอปากพนัง 1 แห่ง และในปี พ.ศ. 2567 มีการถ่ายโอนภารกิจ จำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วย อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช 10 แห่ง และอำเภอชะอวด 2 แห่ง รวม 48 แห่ง โดยดำเนินงานสอดคล้องกับแผนพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย และแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (พ.ศ.2566 – 2570)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีอำนาจบังคับบัญชาข้าราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอ ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2567 ข้อ 21 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีหน้าที่และอำนาจในเขตพื้นที่อำเภอ ดังต่อไปนี้ 1) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ 2) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข 3) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ 4) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง 5) พัฒนาระบบสารสนเทศงานสุศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ 6) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ปลัดกระทรวงมอบหมาย (Ministry of Public Health, 2024) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีการถ่ายโอนภารกิจ ๗ ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้ว แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยจากการศึกษาของ Chantra, Chuenklin, Krekkulthorn, Nimmwattanakul, Sornkasetrin, Kamngeun, et al (2024) ซึ่งได้วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังคงมีบทบาทหลักด้านการกำกับติดตามและสนับสนุนทางวิชาการ อย่างไรก็ตาม บทบาทในด้านการบังคับบัญชาและการบริหารจัดการได้ลดน้อยลง ส่งผลให้จำเป็นต้องเพิ่มการประสานงานแนวราบกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกัน การศึกษาของ Chotchuangchatchai, Onthong, Uansri, Panapong, Suaosot, Pattanasiri, et al (2024) ซึ่งได้จัดทำรายงานเชิงนโยบายภายใต้หน่วยประมวลสถานการณ์ระบบสุขภาพ โดยเน้นกรณีการถ่ายโอนภารกิจ ๗ ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้วิเคราะห์ถึงบริบท กระบวนการถ่ายโอน และผลกระทบเชิงโครงสร้างองค์กร พบว่า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำเป็นต้องปรับบทบาทจากผู้บริหารมาเป็นผู้สนับสนุนทางวิชาการ โดยเผชิญกับความท้าทายในการแบ่งปันข้อมูลและงบประมาณ ทั้งนี้ แม้ว่าจะงานบริการบางส่วนจะถูกส่งมอบให้แก่ท้องถิ่นแล้ว แต่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังคงมีหน้าที่สำคัญในการดำเนินงานร่วมกับท้องถิ่นและสนับสนุนภารกิจด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับนโยบายระดับกระทรวงและรัฐบาล การปฏิบัติงานที่เป็นไปตาม

กฎหมาย การส่งเสริมคุณภาพบริการ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตลอดจนการส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

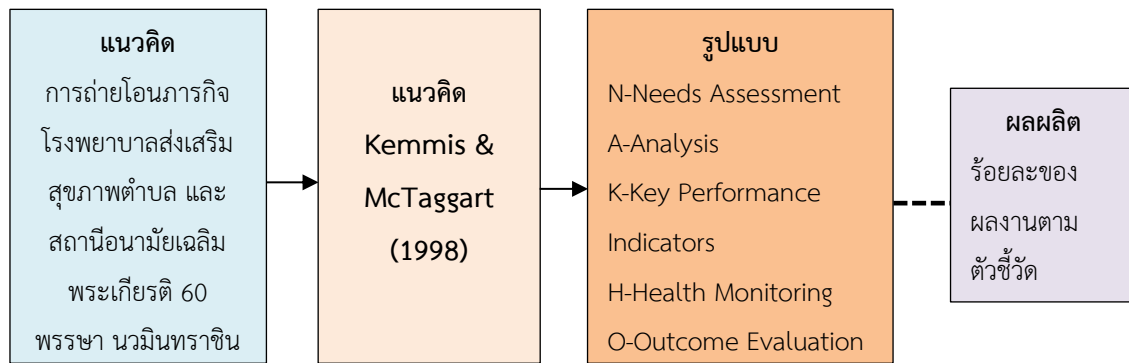
การศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงมีความสำคัญยิ่งในการบริหารและพัฒนางานให้เกิดผลสำเร็จสูงสุด เพื่อแก้ปัญหาระบบสุขภาพของประชาชน และกำกับติดตามตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การกำหนดรูปแบบการนิเทศงานและการตรวจราชการไม่สามารถตอบสนองในการแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ได้ และไม่สามารถเข้าถึงสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าหากมีรูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จะสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นประโยชน์ในการพัฒนางาน บทบาทการทำงาน ให้มีการบูรณาการความร่วมมือ ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินการ และการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ มุ่งให้เกิดการดำเนินการร่วมกันแบบภาคีเครือข่าย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาบทบาทให้มีการตอบสนองต่อความต้องการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด และความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน ประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี และยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ตามบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1998) โดยคำนึงถึงนโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุข และแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) โดย ผลผลิต (Output) จากการศึกษาครั้งนี้ คือ ประสิทธิภาพของรูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด และผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ 1) ร้อยละของผลงานตามตัวชี้วัด ดีขึ้น และมีคุณภาพมากขึ้น แสดงรายละเอียดดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอและผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีถ่ายโอนภารกิจ ๑ มีบุคลากรตามกรอบอัตรากำลัง จำนวน 92 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีถ่ายโอนภารกิจ ๑ จำนวน 11 แห่ง มีบุคลากรจำนวน 88 คน ประกอบด้วย 1) สาธารณสุขอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีถ่ายโอนภารกิจ ๑ 11 คน 2) ผู้ปฏิบัติงานในสาธารณสุขอำเภอ 77 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นสาธารณสุขอำเภอและผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ/สายสนับสนุน ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากศึกษาจากเอกสาร แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ๑ ดังนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในปัจจุบันได้มีการปฏิบัติในบทบาทตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 หรือไม่ ควรปรับบทบาทหรือความต้องการสนับสนุนในเรื่องทั่วไปและเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายในเรื่องใดบ้าง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการพัฒนากิจการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ตามบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ๑ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่งปัจจุบัน สถานที่ปฏิบัติงาน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการกำกับ ดูแล ประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ๑ จำนวน 39 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ มากที่สุด (4 คะแนน) มาก (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) แปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1997)

ดังนั้น คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด, 1.76 - 2.50 หมายถึง ระดับน้อย 2.51 - 3.25 หมายถึง ระดับมาก, 3.26 - 4.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

1. การสนทนากลุ่ม (Focus group) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกต (Observation) ประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ปัญหาอุปสรรค และ ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงาน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้เกี่ยวกับการดำเนินงานติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 5 - 10 คน หรือเก็บจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยการนัดหมายไว้ล่วงหน้าคำนึงถึงความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก 30 - 60 นาที โดยผู้วิจัยได้สังเกตแบบมีส่วนร่วมในขณะทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ ของโครงการวิจัย วิธีบันทึกข้อมูลคือ การจดบันทึก บันทึกเทป และบันทึกภาพ

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามซึ่งได้ดำเนินการพัฒนามาจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้พบปัญหาและผู้วิจัยต้องการข้อมูลในประเด็นนี้เพิ่มเติม เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ตามพรบ. ที่เกี่ยวข้องของสาธารณสุขอำเภอในการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปในการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งส่วนใหญ่ข้อมูลที่น่าวิเคราะห์ จะเป็นข้อความบรรยาย (Descriptive) ซึ่งได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ และ จดบันทึก และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการอธิบาย ตีความ สร้างข้อสรุปด้วยวิธีอุปนัยจากการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่ม และจากการสัมภาษณ์

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร และการประเมินรูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ตามบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ฯ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 546-446/2567 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ตามบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาแยกตามประเด็นเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจ ฯ ได้ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงสภาพปัญหาการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ตามบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ก่อนและหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ประเด็น	ก่อนถ่ายโอน	หลังถ่ายโอน
การกำกับดูแลและ การสั่งการ	มีอำนาจบังคับบัญชาและสามารถสั่งการ รพ.สต. ได้โดยตรง	ไม่มีอำนาจสั่งการ ต้องอาศัยความ ร่วมมือและการประสานงานแทน
การติดตามและประเมินผล	สามารถติดตามผลการดำเนินงานและประเมิน มาตรฐานของ รพ.สต. ได้	ไม่สามารถติดตามและประเมินผลหน่วย บริการปฐมภูมิได้ครบถ้วน
การขับเคลื่อนตัวชี้วัด สุขภาพ	สามารถกำหนดและขับเคลื่อนตัวชี้วัดสุขภาพ ได้ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	มีตัวชี้วัดจากหลายหน่วยงาน ซ้ำซ้อนกัน และบางตัวชี้วัดไม่สามารถดำเนินการได้ จริง
การดำเนินงานและการ ให้บริการสุขภาพ	สามารถบริหารจัดการงานบริการสุขภาพปฐม ภูมิได้ครบวงจร	บริหารงานไม่ได้โดยตรง ต้องเปลี่ยนเป็น ผู้สนับสนุนและประสานงานแทน

2. รูปแบบ NAKHON Model ที่พัฒนาขึ้นได้ผลมาจากการสนทนากลุ่มและระดมสมอง เพื่อสร้างแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ฯ โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นหน่วยงานที่กำกับการปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เป็นไปตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ขาดอำนาจในการบังคับบัญชา การติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสภาพปัญหาดังกล่าวอาจส่งผลให้ประชาชนได้รับผลกระทบจากการรับบริการสุขภาพในพื้นที่นำไปสู่การพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนางานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจ ฯ จึงได้ร่วมกันยกร่างรูปแบบบทบาทการกำกับดูแล ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ฯ ดังนี้

N - Needs assessment คือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อประเมินความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

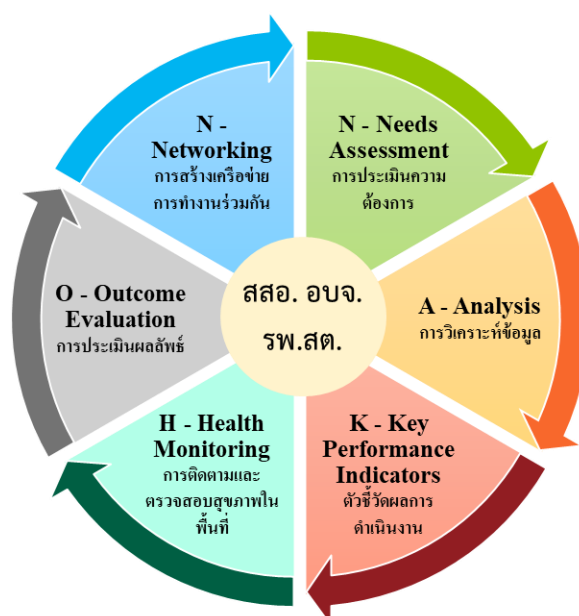
A - Analysis คือ วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อให้ข้อมูลทุกฝ่ายมีความชัดเจน สร้างความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

K - Key performance indicators คือ การกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพที่สำคัญในระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ร่วมสร้างรูปแบบกลไกในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่

H - Health monitoring คือ บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะต้องปรับบทบาท เน้นไปในด้านการประสานงานและสนับสนุนข้อมูลวิชาการสุขภาพ และประเมินมาตรฐานรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าและการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ

O - Outcome evaluation คือ ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายและตัวชี้วัดให้ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละด้าน สอดคล้องกับกระบวนการจัดการองค์กร

N - Networking คือ พัฒนาเครือข่ายการทำงานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, องค์กรบริหารส่วนจังหวัดและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมเพื่อวางแผนและขับเคลื่อนงานส่งเสริมการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบ NAKHON Model

3. ผลการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ฯ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ประสิทธิภาพของรูปแบบการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

ประสิทธิผลรูปแบบ	M	SD.	ระดับ
ด้านความเป็นธรรม	2.76	0.64	มาก
ด้านการตอบสนองความต้องการ	2.81	0.56	มาก
ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน	2.73	0.65	มาก
ด้านประสิทธิภาพการบริการ	2.72	0.76	มาก
รวม	2.75	0.60	มาก

จากตาราง 2 พบว่า ผลการประเมินประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ ฯ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย

เท่ากับ 2.75 (SD.= 0.60) ด้านความเป็นธรรม ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.76 (SD.= 0.64) ด้านการตอบสนองความต้องการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 (SD.= 0.56) ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงิน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.73 (SD.= 0.65) และด้านประสิทธิภาพการให้บริการ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.72 (SD.= 0.79)

อภิปรายผล

บทบาทและอำนาจหน้าที่ที่มีความต้องการสนับสนุนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ด้านการกำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้ปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมายให้มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เป็นประเด็นที่มีความเห็นร่วมว่าควรปรับบทบาทมากที่สุด เนื่องจากบางอำเภอที่มีการถ่ายโอนร้อยละ 100 หรือถ่ายโอนมากกว่าร้อยละ 70 ส่งผลต่อการกำกับ ดูแล ของหน่วยบริการสาธารณสุข ต้องมีผู้รับผิดชอบระดับอำเภอติดตามประเมินผล ควบคุม กำกับดูแล และ มีการบูรณาการร่วมกันกับเครือข่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwannarat & Decho-aran (2023) ได้ทำการศึกษา รูปแบบการดำเนินงานตามบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสงขลา พบว่า ปัญหาด้านบทบาทสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา อำเภอที่มีการถ่ายโอนภารกิจร้อยละ 100 ส่งผลกระทบต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการดำเนินงานตามประกาศกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 เนื่องจากไม่มีหน่วยงานในสังกัด ให้กำกับ ติดตามการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และขาดการบังคับบัญชา อาจส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ อย่างไรก็ตามการบริการสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ พัฒนารูปแบบการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชขึ้น โดยใช้กระบวนการ NAKHON model จากการประเมินด้านบริบทหรือสถานะแวดล้อม ได้ดังนี้

N - ประสานความร่วมมือระหว่างองค์กร เพื่อประเมินความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Stufbeam (2007) ที่กล่าวว่าบริบทเป็นการประเมินบริบทซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการ ความจำเป็นของผู้ได้รับผลประโยชน์ สิทธิพลที่มีและปัญหา ภายใต้บริบทสิ่งแวดล้อมในการประเมินซึ่งรวมถึงการเมืองในการประเมินเพื่อกำหนดเป้าหมาย กล่าวคือ ในการพัฒนางานด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้องให้ความสำคัญกับบริบทของพื้นที่ในการจัดทำแผนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

A - วิเคราะห์ปัญหาจากระยะเปลี่ยนผ่านการถ่ายโอนภารกิจ โดยเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Atthasit & Leeraphan (2005) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์และเงื่อนไขการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในท้องถิ่น: กรณีศึกษาจากการพัฒนานำร่องรูปแบบ กสพ. จังหวัดภูเก็ต พบว่าได้ข้อสะท้อนของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) 4 ข้อ 1) ท้องถิ่นมีความพร้อมรับผิดชอบการกระจายอำนาจ 2) ความจริงจังและการประเมินประเมินคือบทบาทสำคัญ 3) ประชาคมดีในหลักการแต่อ่อนปฏิบัติ

4) อบรมต้องเสริมการพัฒนาและเรียนรู้ และการบริหารจัดการทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ และมีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ มีองค์ประกอบของการจัดการสมัยใหม่ 5 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การจัดองค์กร การขึ้นนำ การควบคุม การอำนวยการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญสำหรับการจัดการองค์กรให้ประสบความสำเร็จ Chanakanakitkul, Jerikachai, & Chotichey (2019)

K – มีการกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพที่สำคัญร่วมกัน สร้างรูปแบบกลไกในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานและรายงานตัวชี้วัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ratchathawan & Thanomchayathawat (2019) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการบริการสุขภาพของสถานีนามยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยใช้กลไกพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พบว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีการดำเนินการประสานความร่วมมือเชิงนโยบายและสร้างเครือข่าย ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดด้านสุขภาพ กับ อบจ. ให้ครอบคลุมผลการดำเนินการเชิงนโยบายของประเทศและปัญหาของพื้นที่ เพื่อสนับสนุนให้มีความสมบูรณ์ของ อบจ.

H – ต้องปรับบทบาท เน้นไปในด้านการประสานงานและสนับสนุนข้อมูลวิชาการสุขภาพ และประเมินมาตรฐานรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าและการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Chantra, Chuenklin, Krekkulthorn, Nimmwattanakul, Sornkasetrin, Kamngeun, et al (2024) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปองค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า ปรับวิธีการปฏิบัติงาน ให้สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยเฉพาะการยกระดับเป็นสำนักวิชาการและการเป็นผู้ประเมินในการประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการระดับปฐมภูมิของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่อำเภอ

O – ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายและตัวชี้วัดให้ผ่านเกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละด้าน สอดคล้องกับกระบวนการจัดการองค์กร Shrode & Voich (1974) ได้ให้คำนิยามว่า การจัดการคือ "กิจกรรมหรือกระบวนการสำหรับการประสานและบูรณาการการใช้ทรัพยากรเพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กรด้วยการใช้คนใช้เทคนิคและข่าวสารในโครงสร้างขององค์กร" ซึ่งจากคำจำกัดความนี้ ได้สะท้อนให้เห็นว่าการจัดการหมายถึงการปฏิบัติ ซึ่งอาศัยองค์ความรู้ของทฤษฎีองค์กรมาใช้ให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร โดย อบจ. ควรเร่งดำเนินการเรียนรู้ร่วมกับ สสจ. และแม่ข่ายปฐมภูมิ ในการสร้างระบบและกลไกที่สนับสนุนการบริการสุขภาพแบบองค์รวมในระดับบุคคลและชุมชน ให้บรรลุเป้าหมาย การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Access to services) การบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity of services) การเชื่อมประสานการดูแลที่ซับซ้อนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Coordination of delivery) และการบริการแบบผสมผสานครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (Comprehensive of delivery) (Rattawan, & Thanomchayathawat, 2019)

N - Networking พัฒนาภาคีเครือข่ายการทำงานโดยการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมเพื่อวางแผนและขับเคลื่อนงานส่งเสริมการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างภาคส่วนต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Trakulphua & Phulsawat (2022) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการบูรณาการทีมป้องกันและแก้ไข ปัญหาโควิด-19 เชิงรุกในชุมชนกรุงเทพมหานครผลการวิจัย พบว่า การทำงานในระดับนโยบายควรส่งเสริม

สนับสนุนให้มีการบูรณาการระหว่างภาคส่วนต่างๆ พิจารณากฎหมายหรือระเบียบที่มีอยู่ในปัจจุบัน ให้เอื้อหรือส่งผลต่อการบูรณาการการทำงาน เพื่อประยุกต์ใช้ให้เกิดผลในทางปฏิบัติและเป็นกลไกหรือแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงมีการปฏิรูประบบงบประมาณเชิงพื้นที่ที่สามารถบริหารจัดการได้อย่างเบ็ดเสร็จและมีประสิทธิภาพ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาในการศึกษานี้คะแนนประเมินประสิทธิผลรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังนี้ ด้านความเป็นธรรม อยู่ในระดับมาก พบว่า มีการวางแผนในการกำหนดมาตรฐานตัวชี้วัดการกำกับติดตามงาน ทุกงาน มีแนวทางการควบคุม กำกับ และติดตามคุณภาพการบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาม พรบ.ระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ และมีการถ่ายทอดแผนไปสู่บุคลากรทุกคนให้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Khotbanthao, Jutarasaka, & Bouphan (2023) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานคลินิก หมอครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัด นครราชสีมา พบว่า การดำเนินงานของหน่วยบริการสุขภาพ มีการกำหนดมาตรฐานและการให้บริการแบบ ผสมผสานทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการรวมถึงการจัดการกับปัญหาในชุมชนตามบริบทของพื้นที่ ตลอดจนการบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และการบริการที่ต้องดำเนินการภารกิจที่จะต้อง ปฏิบัติงานให้ครอบคลุม สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามวัตถุประสงค์เป้าหมายที่ต้องการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งในการดำเนินงานที่สำคัญผู้บริหารต้องให้การสนับสนุนและติดตาม หน่วยงานแผนงานสนับสนุน มีความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ พัฒนาภาพลักษณ์และการเชื่อมโยง ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายอื่น ๆ

ด้านการตอบสนองความต้องการอยู่ในระดับมาก พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงานเป็นปัจจุบัน มีการกำหนดผู้รับผิดชอบและดำเนินการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และมีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหา ชุมชนและภาคี เครือข่าย มีส่วนร่วมคิด/วางแผนเพื่อการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chinjoho (2024) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุข อำเภอภายใต้การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปอยู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีการปรับแนวทางระบบบริการปฐมภูมิใหม่ให้มีความ เหมาะสม เป็นเจ้าพนักงานในการประเมินคุณภาพ มาตรฐานหน่วยบริการ ต้องดำเนินการควบคุมกำกับ ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านการบริหาร จัดการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคยังมี หน้าที่ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มอายุยังมีหน้าที่ ควบคุมป้องกันโรคในระดับอำเภอ ขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ ด้านการประสานงาน และการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง มีหน้าที่ใน การประสานความร่วมมือ กับหน่วยบริการถ่ายโอน ฯ ทั้งแบบทางการ และไม่เป็นทางการ มีบทบาทในการประสานงานและการปฏิบัติงาน ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ

ด้านความเสี่ยงสังคมและการเงินอยู่ในระดับมาก พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการคำนึงถึงการใช้ทรัพยากร พัฒนาบุคลากรให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น การพัฒนาบุคลากรทั้งภายในองค์กรและภาคีเครือข่าย และมีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแลพัฒนาให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ เพื่อการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Paisanpanichkul (2019) ที่พบว่า ระบบการเงิน

เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสนับสนุนให้ระบบบริการพยาบาล กำลังคนทางการพยาบาล เทคโนโลยีสารสนเทศทางการพยาบาล และเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ทำหน้าที่ได้ดีขึ้น การเสริมสร้างตระหนักรู้ด้านการจัดการที่คุ้มค่าคุ้มทุน การศึกษากฎระเบียบด้านการเงินจากการทบทวน Service plan ของการบริการพยาบาลในแต่ละสาขา จึงเป็นหน้าที่ขององค์กรพยาบาลที่จะ ประสานกับสหสาขาวิชาชีพและผู้บริหารของโรงพยาบาล ในอันที่นำมาซึ่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการ ดำเนินการจัดบริการตาม Service plan โดยมีการบริหารจัดการอย่างคุ้มค่าคุ้มทุน และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อ ผู้รับบริการ

ด้านประสิทธิภาพการให้บริการอยู่ในระดับมาก พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีการจัดตั้งคณะกรรมการในการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงานคุณภาพการบริการ มีการวิเคราะห์ผลการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงงานนั้น ๆ ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น และมีการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงานจัดบริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยครอบคลุมทุกมิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Vorapani, Vorapani, & Yaebkai (2023) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชั้นนำของประเทศไทยเป็นกลไกการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบ ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการ ประเมิน และ พัฒนาดตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีการทำงานร่วมกัน ระหว่างภาคสาธารณสุข ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และ ภาคประชาชน ในการจัดตั้งทีมคณะกรรมการกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนา สนับสนุนและบริหารงบประมาณ ดำเนินการ ติดตามและประเมินผลตลอดจน มุ่งเน้นการพัฒนางานวิจัย การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์ สุขภาพ และ เทคโนโลยีทางการ แพทย์ที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอดเพื่อแก้ไขปัญหา ตามบริบทของพื้นที่การจัดการความรู้สู่ชุมชนเพื่อเรียนรู้ร่วมกันและการใช้ประโยชน์การจัดการองค์ความรู้

การนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการกำกับ ดูแล ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับการพัฒนาขึ้นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ได้ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายมาใช้ในการปรับปรุงรูปแบบการกำกับดูแล ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่และความแตกต่างของแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ยังสามารถนำไปพัฒนาและปรับปรุงได้โดยการเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ด้วยการฝึกอบรมและให้การสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดและสอดคล้องกับความต้องการและข้อจำกัดของพื้นที่นั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาอย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในระยะยาว และประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้น และควรมีประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

References

- Arutthasit, R. & Leeraphan, P. (2005). *The situation and conditions of health decentralization in local areas: A case study of the pilot development of the community health system in Phuket province*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Chanakanakitikul, T., Jorakchai, K., & Chotichey, N. (2019). Modern management models affect organizational success. *Asia Graduate College Journal*, 9(2), 64–68.
- Chantra, R., Chuenklin, T., Krekkulthorn, T., Nimmwattanukul, S., Sornkasetrin, A., Kamngeun, R., & Junwin, B. (2024). *Roles of provincial public health offices and district public health offices after the transfer of health promotion hospital duties to provincial administrative organizations*. *Journal of Health Systems Research*, 18(2), 173-192.
- Chinjoho, K. (2024). *Development of the health resource management model of the District Public Health Office Under the transfer of the Sub - district Health Promoting Hospital to the Provincial Administrative Organization, a case study of the District Public Health Office, Nakhon Ratchasima Province*. Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 10(1), 220–243
- Chotchoungchatchai, S., Ontong, S., Uansri, S., Panapong, N., Suosot, P., Pattanasiri, T., et al. (2024). *Health system intelligent unit (hsiu): the devolution of sub-district healthpromoting hospital to provincial administrative organizations*. Foundation for International Health Policy Development: Institute for Legal Health Research. (in Thai)
- Department of Local Public Health, Department of Local Administration. (2021). *Report on the transfer of sub-district health promotion hospitals to provincial administrative organizations*. Bangkok: Department of Local Administration. (in Thai)
- Kemmis, S. & Mc-Taggart, R. (1989). *The action research planner*. Geelong: Deakin
- Khotbanthao, N., Chutarosak, M., & Buaphan, P. (2023). Administrative factors and key success factors affecting the family care clinic of primary care unit and network of primary care unit among health personnel in Nakhon ratchasima province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 17(2), 645–661.
- Ministry of Public Health. (2024). *Ministerial regulation on the division of departments under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, B.E. 2567 (2024)*. Royal Thai Government Gazette, 141(12A), 9–18. (Published on March 17, 2024). (in Thai)
- Paisanpanichkul, A. (2019). *Model of nursing organization development of community hospital that upgraded to general hospital according to the service plan : a case study of Sawangdandin crown prince hospital*. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences, and Arts)*, 12(5), 1265-1283.

- Ratchathawan, R. & Thanomchayathawatch, B. (2019). A model for the rehabilitation of older people with mobility disabilities by village health volunteers. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(Special Issue), 1–14.
- Ratchathawan, R., Thanormchayatawat, B., Chantira, R., Junwin, B., Dissara, W., Promkaew, P., et al. (2022). *A model of primary health care service delivery provided by the queen sirikit health centers and subdistrict health promotion hospitals after being transferred to the management of the provincial administrative organizations using the mechanism of the primary health system act (b.e. 2562)*. Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Somthaneuk, C., Sasivimon, A., Sawaneey, A., Nichanant, P., Phattarachiraporn, S., Thanin, P., et al. (2024). *Health system situation analysis unit: A case study on the transfer of responsibilities for health-promoting hospitals to provincial administrative organizations*. International Health Policy Development Foundation: Institute of Legal Studies. (in Thai)
- Suwanarat, R., & Decho-aran, W. (2023). The operational model based on the role of the district public health office after the decentralization of the Ministry of Public Health in Songkhla province. *Journal of Primary Health and Public Health System Development*, 1(3), 1-13.
- Shrode, W. A., & Voich, D. (1974). *Organization and management: Basic systems concepts*. McGraw-Hill/Irwin.
- Stufflebeam, D. L. (2007). *CIPP evaluation model checklist [second edition] A tool for applying the CIPP Model to assess long-term enterprises Intended for use by evaluators and evaluation clients/stakeholders*. Retrieved February 5, 2025, from https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/cippchecklist_mar07.pdf
- Tragoolpua, R. & Poonsawat, N. (2022). The development model of Comprehensive Covid -19 Response Team in community of Bangkok Metropolitan. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima*, 28(2), 62-70.
- Vorapani, P., Vorapani, T., & Yaebkai, Y. (2023). model development for a leading sub-district health promoting hospital of Thailand. *Journal of Health Science*, 32(1), 186–194.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
The Relationship Between Health Literacy and Health Promotion Behaviors
Among Patients with Uncontrolled Blood Pressure in Chang Klang District,
Nakhon Si Thammarat Province

ฉัตรชัย จินวรรณ¹ และ สิงห์ กาญจนอารี^{2*}

Chatchai Jinwan¹ and Sing Kanchanaaree^{2*}

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหลักช้าง จังหวัดนครศรีธรรมราช,

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Ban Lak Chang Subdistrict Health Promotion Hospital

²Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: January 20, 2025; Revised: March 31, 2025; Accepted: April 2, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีเพื่อศึกษา 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 166 คน ได้รับแบบสอบถามกลับ 160 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Spearman Rank Correlation Coefficient

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.79$, $SD = 0.46$) โดยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านทักษะการจัดการตนเอง ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.78$, $SD = 0.65$; 3.84 , 0.68 ; 3.92 , 0.48 ; 3.78 , 0.62 ; 3.83 , 0.60) ตามลำดับ สำหรับด้านความรู้เท่าทันสื่อภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.56$, $SD = 0.64$) ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.55$, $SD = 0.31$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยด้านทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์มากที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง ($r_s = 0.523$) ส่วนด้านอื่นมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ เรียงลำดับได้ดังนี้ ด้านทักษะการสื่อสาร ($r_s = 0.388$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($r_s = 0.387$) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($r_s = 0.380$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r_s = 0.368$) และด้านความรู้ความเข้าใจ ($r_s = 0.338$) ตามลำดับ

ฉะนั้น บุคลากรสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สามารถจัดการตนเองและประเมินตนเองได้ถูกต้อง เพื่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้, โรคความดันโลหิต

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sing@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine: 1) health literacy related to hypertension; 2) health-promoting behaviors of patients with hypertension; and 3) the relationship between health literacy and health-promoting behaviors among patients with uncontrolled hypertension. The study population consisted of patients with uncontrolled hypertension in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province. A sample size of 166 participants was calculated, and 160 completed questionnaires were returned using systematic sampling. Data were collected between July 1 and August 31, 2024. The research instrument was a questionnaire with a Cronbach's alpha coefficient of 0.81, and data were analyzed using descriptive statistics and the Spearman Rank Correlation Coefficient.

The results showed that overall health literacy was at a high level ($M = 3.79$, $SD = 0.46$). Specifically, the domains of access to health information and services, comprehension, communication skills, decision-making skills, and self-management skills were all at a high level ($M = 3.78$, $SD = 0.65$; 3.84 , $SD = 0.68$; 3.92 , $SD = 0.48$; 3.78 , $SD = 0.62$; 3.83 , $SD = 0.60$, respectively). However, media literacy was at a moderate level ($M = 3.56$, $SD = 0.64$). Overall, health-promoting behaviors were also at a moderate level ($M = 3.55$, $SD = 0.31$). The correlation analysis revealed a statistically significant positive relationship between all aspects of health literacy and health-promoting behaviors at the 0.01 level. Among these, self-management skills had the strongest correlation at a moderate level ($r_s = 0.523$), while other domains showed low correlations in the following order: communication skills ($r_s = 0.388$), media literacy ($r_s = 0.387$), decision-making skills ($r_s = 0.380$), access to health information and services ($r_s = 0.368$), and comprehension ($r_s = 0.338$).

Therefore, healthcare providers should promote self-management and accurate self-assessment among patients with uncontrolled hypertension to encourage appropriate self-care behaviors.

Keywords: Health Literacy, Health-Promoting Behaviors, Uncontrolled Blood Pressure, Hypertension

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกทั้งหมด ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 ปี 2562 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน (ร้อยละ 25.4) เท่ากับ 1 ใน 4 ของคนไทยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.8) ไม่ทราบว่าตนเองป่วย (Division of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control, 2021)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญโรคหนึ่ง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายที่จะลดความชุกของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงให้ได้ร้อยละ 25 ภายในปี ค.ศ. 2025 (เปรียบเทียบกับความชุกที่พบในปี ค.ศ. 2010) เนื่องจากโรคนี้เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ถึงแม้ว่าจะมีการรณรงค์ทั้งในเชิงการป้องกันและ

การรักษาด้วยยา แต่พบว่า ความชุกของการเกิดโรคนี้อย่างคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2019) สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พบว่า ความชุกของการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จากร้อยละ 3.31 ในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี ความชุกเพิ่มขึ้นตามลำดับพบว่า กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มีความชุกของโรคร้อยละ 55 กลุ่มอายุ 70 - 79 ปี มีความชุกของโรคร้อยละ 67.2 และพบสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.6 (Aekplakorn, Puckcharern, & Satheannoppakao, 2021) โรคความดันโลหิตสูงนี้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อประเทศชาติ ครอบครัว และผู้ป่วยเอง ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด พยาธิสภาพของโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการของโรคในระยะแรก ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคนี้แล้ว และหากเป็นระยะเวลานานอาจจะไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หลอดเลือดถูกทำลายและแข็งตัวทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวาย ประสาทตาเสื่อมเกิดตาบอดได้ และอาจจะทำให้เสียชีวิตในที่สุด (Thongcharoen, 2015)

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องมีความสามารถในการเข้าใจ พิจารณา ประเมิน และแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ ด้านสุขภาพว่าเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน (World Health Organization, 1998) สอดคล้องกับแนวทางการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. 2560 - 2579) ของกระทรวงสาธารณสุข ความรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนที่ต้องส่งเสริมการดำเนินงาน เพื่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และทักษะด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างทั่วถึง (Department of Disease Control, 2017) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีหลายแนวคิด แนวคิดที่นำมาใช้กันมาก คือ แนวคิดของ Nutbeam ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ (Nutbeam, 2008) ฉะนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความสามารถและทักษะตามองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน เนื่องจากความรู้สุขภาพเป็นการใช้ความสามารถในตัวเองเพื่อตัดสินใจและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมและธำรงรักษาสุขภาพของตน

Pender's Health Promotion Model (Pender, 1966) เป็นทฤษฎีที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์กระบวนการทางกาย จิต และสังคมของคนที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมที่ดี Pender ได้จำแนกออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับความเอาใจใส่ดูแลตนเองและมีความรับผิดชอบต่อตนเอง 2) ด้านการทำกิจกรรม โดยให้ความสำคัญในการออกกำลังกาย โดยมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน 3) ด้านโภชนาการ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวด้านโภชนาการ 4) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความตระหนักและการให้ความสำคัญของชีวิต 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ที่จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และ 6) ด้านการจัดการกับความเครียด เป็นการวางแผนการนอนหลับ และเป็นการจัดการความเครียด โดยมีการผ่อนคลายความตึงเครียดและสามารถแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ฉะนั้น จากแนวคิดข้างต้นนี้จะเห็นได้ว่าเป้าหมายของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คือ การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ตนเองสามารถที่จะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติให้ได้

สถานการณ์ของจังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (รวมมีโรคอื่นร่วม) ร้อยละ 14.60, 14.94 และ 15.06 เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 51.06, 53.34 และ 51.16 (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2024) สำหรับสถานการณ์ของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (รวมมีโรคอื่นร่วม) ร้อยละ 16.54, 15.98 และ 16.69 เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ร้อยละ 57.08, 63.79 และ 61.15

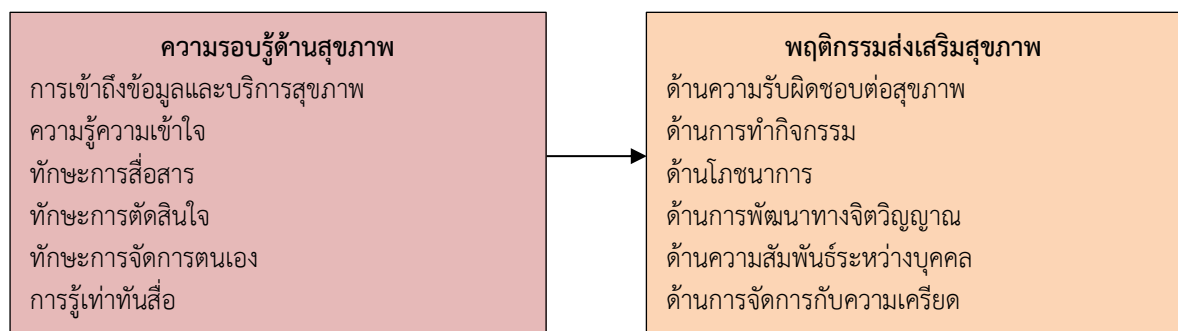
(Changklang District Public Health Office, 2024) ซึ่งอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่สูงกว่าภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช ผลกระทบที่เกิดขึ้นหากไม่สามารถที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ อาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ฉะนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องยึดถือปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายทางด้านจิตใจ และทำกิจกรรมอื่น ๆ ในชุมชน รวมถึงการรับประทานยาให้ถูกต้องและตรงตามเวลา ทั้งนี้ ในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ย่อมเกิดมาจากการผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และหากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่จะตามมาได้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ผลการศึกษาความสัมพันธ์ในครั้งนี้จะสามารถนำไปประยุกต์เพื่อหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ โดยเน้นกิจกรรมที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งกล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1966) ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 868 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก Exact, Statistical test เลือก Correlation: Bivariate normal model กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.3 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จำนวน 28 คน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 166 คน

วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง แยกรายหมู่บ้านและเรียงลำดับตามบ้านเลขที่ จากนั้นย่อไปมากของแต่ละหน่วยบริการ

2. คำนวณหาระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้ $I = N/n$ ได้ระยะห่าง 5.2 หรือเท่ากับ 6

3. เมื่อได้ช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยหยิบฉลากบ้านเลขที่ ที่อยู่ลำดับ 1 - 10 ของหมู่บ้านซึ่งเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก เพื่อให้ได้ตัวอย่างแรกเป็นจุดเริ่มต้นและนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่าง ทั้งหมด 166 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่ไม่มีโรคร่วมจากโรคความดันโลหิตสูง (จากการวินิจฉัยของแพทย์) 3) ในปี พ.ศ. 2566 ได้มาได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่องติดต่อกัน 3 เดือน 4) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มม.ปรอท ติดต่อกัน 3 เดือน 5) รู้สึกตัวและมีการรับรู้ปกติ 6) สามารถสื่อสารด้วยการพูดและฟังภาษาไทยได้ และ 7) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก กิจกรรมเสริมหรือลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวัน แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ข้อคำถามของ Chankrachang (2022) จากงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร จำนวน 6 ด้าน 24 ข้อ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 4 ข้อ (2) ความรู้ความเข้าใจ 4 ข้อ (3) ทักษะการสื่อสาร 4 ข้อ (4) ทักษะการตัดสินใจ 4 ข้อ (5) ทักษะการจัดการตนเอง 4 ข้อ และ (6) การรู้เท่าทันสื่อ 4 ข้อ

โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของ Likert (1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 คำตอบเดียวที่ตรงกับพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ตอบแบบสอบถาม และคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งลักษณะข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ โดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับความดังนี้

คำถามเชิงบวก มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน, มาก เท่ากับ 4 คะแนน, ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน, น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ มากที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน, มาก เท่ากับ 2 คะแนน, ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน, น้อย เท่ากับ 4 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยมีสูตร ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับความรอบรู้อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง ระดับความรอบรู้อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตขอใช้เครื่องมือของ Chaiwichean (2023) จากงานวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ กับผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 6 ด้าน จำนวน 58 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ 2) ด้านกิจกรรมทางกาย จำนวน 9 ข้อ 3) ด้านโภชนาการ จำนวน 9 ข้อ 4) ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 10 ข้อ 5) ด้านการเจริญจิตวิญญาณ จำนวน 10 ข้อ 6) ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 9 ข้อ โดยลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

คำถามเชิงบวก ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 5 คะแนน, บ่อยครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน, บางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน, น้อยครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ ปฏิบัติเป็นประจำ เท่ากับ 1 คะแนน, บ่อยครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน, บางครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน, น้อยครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย เท่ากับ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน แบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) โดยมีสูตร ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 2.34 - 3.67 หมายถึง ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.68 - 5.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจาก Chankrachang (2022) จากงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดพิจิตร และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตขอใช้เครื่องมือของ Chaiwichean (2023) จากงานวิจัยเรื่อง เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้กับผู้ที่ไม่ได้ อำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นอำเภอใกล้เคียงกับอำเภอช้างกลาง จำนวน 30 คน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม – 31 สิงหาคม 2567 โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพ่อท่านคล้ายวาจาสิทธิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอช้างกลาง ผู้วิจัยจัดส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของแต่ละหน่วยบริการ ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาทีต่อคน โดยให้ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้แจกแบบสอบถาม

3. ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปลที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า มีการกระจายของข้อมูลไม่ปกติ ($p = 0.036$) จึงเลือกใช้สถิติ Spearman Rank Correlation Coefficient โดยใช้หลักเกณฑ์ของ Bartz (1999) ดังนี้

ระดับสูงมาก	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง	0.80 – 1.00
ระดับสูง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง	0.60 – 0.79
ระดับปานกลาง	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง	0.40 – 0.59
ระดับต่ำ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง	0.20 – 0.39
ระดับต่ำมาก	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง	0.01 – 0.19

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ 112/2567 รับรองตั้งแต่วันที่ 25 มิถุนายน 2567 – 24 มิถุนายน 2568 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.87) เกือบครึ่งมีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 49.37) อายุเฉลี่ย 63.32 ปี ($SD = 10.01$) มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด (ร้อยละ 69.38) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 56.25) มากกว่าครึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 52.50) ส่วนใหญ่มีกิจกรรมเสริม คือ ใช้แรง เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน ตัดยาง รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 61.87) มีรายได้จากทรัพย์สินเดิมมากที่สุด (ร้อยละ 58.75) รายได้เพียงพอที่ใช้จ่ายรายเดือน (ร้อยละ 75.00) มากกว่าร้อยละ 90 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง (ร้อยละ 96.87) โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 58.85) รองลงมาคือโทรทัศน์ (ร้อยละ 31.15) กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 74.37 และ 75.50) ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 51.87) เป็นมาเฉลี่ย 6.82 ปี ($SD = 4.90$)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ความรอบรู้	M	SD	แปลผล
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	3.78	0.65	มาก
ด้านความรู้ความเข้าใจ	3.84	0.68	มาก
ด้านทักษะการสื่อสาร	3.92	0.48	มาก
ด้านทักษะการตัดสินใจ	3.78	0.62	มาก
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	3.83	0.60	มาก
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	3.56	0.64	ปานกลาง
ภาพรวมทั้งหมด	3.79	0.46	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.79$, $SD=0.46$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M=3.78$, $SD=0.65$) ด้านความรู้ความเข้าใจ ($M=3.84$, $SD=0.68$) ด้านทักษะการสื่อสาร ($M=3.92$, $SD=0.48$) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($M=3.78$, $SD=0.62$) ด้านทักษะการจัดการตนเอง ($M=3.83$, $SD=0.60$) สำหรับด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.56$, $SD=0.64$)

3. ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	M	SD	แปลผล
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	3.96	0.52	มาก
ด้านการทำต่อกิจกรรมร่างกาย	3.32	0.43	ปานกลาง
ด้านโภชนาการ	3.32	0.35	ปานกลาง
ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น	3.46	0.47	ปานกลาง
ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ	3.61	0.46	ปานกลาง
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.67	0.59	มาก
ภาพรวมทั้งหมด	3.55	0.31	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่า ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.55$, $SD=0.31$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($M=3.96$, $SD=0.52$) ด้านการจัดการกับความเครียด ($M=3.67$, $SD=0.59$) อยู่ในระดับมาก สำหรับด้านการทำต่อกิจกรรมร่างกาย ($M=3.32$, $SD=0.43$) ด้านโภชนาการ ($M=3.32$, $SD=0.35$) ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ($M=3.46$, $SD=0.47$) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ($M=3.61$, $SD=0.46$) อยู่ในระดับปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ดังตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.368	< 0.001	ต่ำ
ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.338	< 0.001	ต่ำ
ด้านทักษะการสื่อสาร	0.388	< 0.001	ต่ำ
ด้านทักษะการตัดสินใจ	0.380	< 0.001	ต่ำ
ด้านทักษะการจัดการตนเอง	0.523	< 0.001	ปานกลาง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0.387	< 0.001	ต่ำ

จากตาราง 4 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ในทางบวกทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยด้านทักษะการจัดการตนเองมี

ความสัมพันธ์มากที่สุด โดยอยู่ในระดับปานกลาง ($r_s = 0.523$) ส่วนด้านอื่นมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ เรียงลำดับได้ดังนี้ ด้านทักษะการสื่อสาร ($r_s = 0.388$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($r_s = 0.387$) ด้านทักษะการตัดสินใจ ($r_s = 0.380$) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r_s = 0.368$) และด้านความรู้ความเข้าใจ ($r_s = 0.338$) ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงระดับของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ภาพรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านทักษะการจัดการตนเองที่อยู่ในระดับมากเช่นกัน อาจจะเป็นเพราะว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรครังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ รวมถึงอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช การดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การรักษา การควบคุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่ต่อเนื่องทุกครั้งที่มาใช้บริการ ดังเช่นผลการวิจัยที่พบว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารในการดูแลสุขภาพของตนเองจากโรคความดันโลหิตสูงถึง ร้อยละ 96.87 และได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด สำหรับความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ($M=3.98$, $SD=0.94$) ด้านความรู้ความเข้าใจ คือ สามารถรอกข้อมูลด้านสุขภาพถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพได้ ($M=3.89$, $SD=0.89$) ด้านทักษะการสื่อสาร คือ สามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพให้แพทย์ พยาบาล หรือคนอื่นรับรู้และเข้าใจสุขภาพ ($M=4.26$, $SD=0.72$) ด้านทักษะการตัดสินใจ คือ ใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ ถึงแม้จะมีคนชี้แล้วได้ผลก่อนที่จะนำไปทำตาม ($M=3.93$, $SD=0.86$) ด้านการจัดการตนเอง คือ วางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ($M=4.00$, $SD=0.83$) จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงในด้านต่าง ๆ ที่ถูกต้อง จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากด้วยเช่นกัน แตกต่างกับการศึกษาของ Kareesun, Malathum, & Sutti (2019) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับ Ploysuwan, Wongkpratoom, Rattanakamonkarn, Pantaewan, & Puengching (2021) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนหนองปรือ จังหวัดสมุทรปราการ ที่พบว่า ความรอบรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับด้านการรู้เท่าทันสื่อภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อจะเป็นความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่สื่อนำเสนอและเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง และผู้อื่น ตลอดจนสามารถประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม (Nutbeem, 2008) โดยผลการวิจัยของข้อคำถามพบว่ามีเพียงข้อเดียวที่อยู่ในระดับมาก คือ ชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ($M=3.75$, $SD=0.87$) ส่วนข้ออื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง คือ กล่าวเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ($M=3.46$, $SD=0.90$) เสนอทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดีให้กับผู้อื่น ($M=3.50$, $SD=1.02$) และเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น ($M=3.54$, $SD=0.96$) ทั้งนี้อาจจะยังเกิดจาก กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีอายุอยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60 – 69 ปี) ร้อยละ 49.38 และมากกว่าครึ่งมีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 56.25 ความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อจึงยังมีความสามารถที่ไม่เพียงพอที่จะนำเสนอ เปรียบเทียบ หรือประเมินข้อความจากสื่ออื่นได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Norasing & Thanomphan (2019) ได้ศึกษาความรอบรู้

ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีเพียง ร้อยละ 59.52

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับด้านการทำต่อกิจกรรมร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณที่อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ย 6.82 ปี (SD=4.90) สูงสุด 22 ปี ต่ำสุด 1 ปี ซึ่งมีระยะการเป็นโรคที่ห่างกันค่อนข้างมาก สำหรับในบางประเด็นของข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อย อาทิ การออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้ง ๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที/สัปดาห์ (M=2.91, SD=1.22) การไม่รับประทานอาหารประเภทผัด ทอด (M=2.83, SD=0.94) ได้ถูกเชิญเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (M=2.61, SD=1.09) และไม่ควบคุมความดันโลหิต โดยการรับประทานอาหารมันก่อนแพทย์นัดเพื่อความสบายใจ (M=2.26, SD=1.16) ทั้งนี้อาจจะเกิดจากอาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า มากกว่าครึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ซึ่งเป็นอาชีพที่จะต้องใช้แรงงาน อาจจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพยังไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kareesun, Malathum, & Sutti (2019) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของ Norasing & Thanomphan (2019) ที่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพได้คะแนนร้อยละ 76.22 อยู่ในระดับดี

สำหรับด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับมาก อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างจะมีความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การดำเนินการของโรคค่อยเป็นค่อยไป ใช้ระยะเวลานาน เมื่อป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดถูกทำลาย และแข็งตัวส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตวาย ประสาทตาเสื่อมเกิดตาบอดได้ หรืออาจเสียชีวิตในที่สุด (Thongcharoen, 2015) และทราบว่า ภาวะเครียดจะมีผลต่อระดับความดันโลหิตสูง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องดูแลตนเองเป็นอย่างดีและต้องมีการจัดการไม่ให้เป็นตนเองมีภาวะเครียด ซึ่งสอดคล้องกับข้อคำถามด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ที่พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ กลุ่มตัวอย่างจะสังเกตอาการผิดปกติของตนเองเมื่อไม่สบาย (M=4.39, SD=0.77) และจะตรวจและวัดความดันโลหิตเมื่อมีโอกาสที่จะวัดความดันโลหิต (M=4.21, SD=0.97) ซึ่งจากการสังเกตของนักวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะมาตรวจและวัดความดันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมื่อมีโอกาส สำหรับด้านการจัดการความเครียด ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2 อันดับแรก คือ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่เพื่อผ่อนคลายความเครียด (M=4.43, SD=1.08 และ M=4.28, SD=1.20) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า มากกว่า ร้อยละ 70 ที่ไม่สูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 74.38 และ 77.50) สอดคล้อง Ariyasit (2023) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองในด้านการจัดการความเครียด และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก

3. เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า เป็นไปในทางบวกทุกด้าน โดยด้านทักษะการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์มากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า ทักษะการจัดการตนเองเป็นความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตลอดจนปฏิบัติตามแผนที่กำหนดได้รวมถึงมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถที่จะจัดการตนเองได้ ก็จะสามารถที่จะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน อาจกล่าวได้อีกว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ และความเชื่อที่ถูกต้องจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีเหมาะสมและส่งผลโดยตรงต่อความดันโลหิตทั้งในระยะสั้นและระยะยาว (Thongpeth, Chowarak, Som-jai, Indhraratana, & Siriwan (2021) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้วางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (M=4.00, SD=0.83) ส่วนด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการเข้าถึง

ข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งความรู้ทางสุขภาพมีหลายระดับ แต่ละระดับส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ระดับพื้นฐาน ระดับการมีปฏิสัมพันธ์/สื่อสาร ระดับวิจารณ์ญาณ และความรู้เท่าทันสื่อ ฉะนั้น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จึงจำเป็นต้องมีทักษะความรู้ด้านสุขภาพเพื่อที่จะจัดการให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สภาวะที่ดี (Nutbeam, 2008) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมในทุกระดับทั้งการจัดการกับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ สืบค้นหาข้อมูลที่จำเป็น แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคคลอื่น เพื่อการตัดสินใจให้ได้รับข้อมูลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับวิถีชีวิตของตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewbanjak, Shumwangwapee, & Suwanaphant (2020) ได้ศึกษาปัจจัยความรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ปัจจัยความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคประจำตัว เช่นเดียวกับการศึกษา Sinto, Kamkaew, Chummalee, & Srisaknnok (2022) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลที่ได้จากการวิจัย บุคลากรสาธารณสุข ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ สามารถจัดการตนเองและประเมินตนเองได้ถูกต้อง เพื่อการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึก โดยการสนทนากลุ่มและรายบุคคล เพื่อให้ได้ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตของอำเภอช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราชมากยิ่งขึ้น

Reference

- Aekplakorn, W., Puckcharern, H., & Satheannoppakao, W. (2021). The 6th Thai National Health Examination Survey (2019-2020). Ministry of Public Health. (in Thai)
- Ariyasit, J. (2023). The correlation Between Health Literacy and Health Behavior In Hypertension Patient. Region 3 Medical and Public Health Journal, 20(3), 117-123.
- Bartz, A. E. (1999). *Basic statistical concepts*. (4th Edition). New Jersey: Prentice– Hall.
- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Chaiwichan, A. (2023). Health-promoting behaviors of patients with Hypertension who can control and uncontrol their blood pressure, Ron Phibun District, Nakhon Si Thammarat Province. Academic Journal for Primary Care and Public Health Department, (3), 114-125.
- Changklang District Public Health Office. (2024). Non-communicable diseases report 2024. Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. Ministry of Public Health. (in Thai).
- Chankrachang, W. (2022). Factors Influencing Health Literacy among people at risk group of Hypertension in One District of Phichit Province. Thesis in Public Health Program,

- Naresuan University. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191
- Department of Disease Control. (2017). Clinic Plus Operations Manual. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).
- Division of Non Communicable Diseases, Department of Disease Control. (2021). The report on the review: The impact of the COVID-19 pandemic on non-communicable diseases and related factors globally. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kaewbanjak, N., Shumwangwapee, P., & Suwanaphant, K. (2020). Health literacy factors associated with health behavior among elderly with hypertension disease in Khoksi sub-district, Muang district, Khon Kaen province. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 3(3), 1-15.
- Kareesun, K., Malathum, P., & Sutti, N. (2019). Relationships among health literacy, knowledge about hypertension control, and health behavior in older persons with hypertension. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(3), 280-295.
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitude. *Archives of Psychology* 140, 1-55
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2024). Non-communicable diseases report 2024. Ministry of Public Health. (in Thai).
- Norasing, M., & Thanomphan, S. (2019). Health literacy and health behavior in patients with uncontrolled blood sugar level or blood pressure: a case study of Nakhonping Hospital, Chiang Mai. *Journal of Nakhonping Hospital*, 10(1), 35-50.
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Pender, N. J. (1966). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk: Appleton & Lange.
- Ploysuwan, C., Wongkpratoom, S., Rattanakamonkarn, C., Pantaewan, P., & Puengching, T. (2021). Factors affecting the health literacy of older adults with hypertension in Nong Prue community, Samut Prakan province. *Journal of Nursing and Education*, 14(2), 52-64.
- Thongcharoen, V. (2015). The science and art of geriatric nursing. Bangkok; Curriculum project, Faculty of Nursing, Mahidol University. (in Thai)
- Thongpeth, J., Chowararak, N., Som-jai, C., Indhraratana, A., & Siriwan, T. (2021). Health literacy and self-management in non-communicable diseases (NCDs). *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(2), 57-64.
- Sinto, N., Kamkaew, W., Chummalee, I., & Srisaknnok, T. (2022). Health literacy and health behaviors among risk group of hypertension disease, Mahasarakham province. *Research and Development Health System Journal*, 3(3), 1-15.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*, 349-364.

World Health Organization. (2019). *Health Literacy and Health Promotion. Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region*. 7th Global Conference on Health Promotion Promoting Health and Development. Nairobi, Kenya.

การพัฒนาการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเอง สำหรับนักศึกษาพยาบาล

Development of Learning Using an Electronic Book Combined with Simulation-Based Learning on Nursing Care for Patients Receiving High-Flow Nasal Cannula Therapy on Learning Achievement, Satisfaction, and Self-Confidence Among Nursing Students

อชฌาณัฐ วังโส และ น้าอ้อย ภักดีวงศ์*

Atchanat Wangsom and Nam-oy Pakdevong*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

School of Nursing, Rangsit University

(Received: January 28, 2025; Revised: March 26, 2025; Accepted: April 2, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและการพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์และทดสอบประสิทธิภาพของการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยรังสิต จำนวน 76 คน ดำเนินการวิจัยช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 – มกราคม พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย ระยะที่ 1 พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์กับนักศึกษาพยาบาล จำนวน 42 คน และระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิภาพของการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล จำนวน 34 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสอบถามความมั่นใจในตนเองก่อนเรียน หลังเรียน และหลังฝึกปฏิบัติ ทดสอบประสิทธิภาพโดยคำนวณค่า E1/E2 ทดสอบประสิทธิภาพโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย Friedman Two-Way Analysis of Variance by Ranks และ Wilcoxon Signed Ranks test

ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ประกอบด้วยเนื้อหา 5 บท พร้อมแบบฝึกหัดท้ายบทมีประสิทธิภาพเท่ากับ 82.66/86.22 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 ระยะที่ 2 พบว่า หลังการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริง นักศึกษาพยาบาลมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและสูงกว่าหลังเรียนและก่อนเรียนตามลำดับ มีความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ระดับมาก และความมั่นใจในตนเองหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติสูงกว่าหลังเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ดังนั้น การจัดการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงของนักศึกษาพยาบาลจึงมีความเหมาะสมในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง

คำสำคัญ: หนังสืออิเล็กทรอนิกส์, สถานการณ์จำลองเสมือนจริง, ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน, ความพึงพอใจ, ความมั่นใจในตนเอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nam-oy.p@rsu.ac.th)

Abstract

This research and development study aimed to develop and examine the effectiveness of an electronic book, as well as to evaluate the learning outcomes of using the electronic book combined with virtual simulation on nursing care for patients receiving high-flow oxygen therapy. The sample consisted of 76 fourth-year nursing students from Rangsit University. The study was conducted from September 2024 to January 2025 and was divided into two phases. Phase 1 involved developing and testing the effectiveness of the electronic book with 42 nursing students. Phase 2 examined the effectiveness of learning using the electronic book combined with virtual simulation on learning achievement, satisfaction, and self-confidence among 34 nursing students. Data were collected using a learning achievement test, a satisfaction questionnaire, and a self-confidence questionnaire administered before the learning session, after the session, and after the practice. The effectiveness of the electronic book was assessed using the E1/E2 efficiency index, and the effectiveness of the learning method was analyzed using descriptive statistics, Friedman Two-Way Analysis of Variance by Ranks, and the Wilcoxon Signed Ranks Test.

The results of Phase 1 showed that the electronic book, which consisted of 5 chapters and corresponding end-of-chapter exercises, achieved an effectiveness score of 82.66/86.22, exceeding the standard criterion of 80/80. In Phase 2, it was found that after learning using the electronic book combined with virtual simulation, the nursing students' learning achievement differed significantly ($p < 0.05$); the highest average scores were observed after clinical practice, followed by after class and before class, respectively. The students reported a high level of satisfaction with the learning experience, and self-confidence was significantly higher after clinical practice than after class ($p < 0.05$). Therefore, the learning approach using the electronic book combined with virtual simulation is deemed appropriate for preparing nursing students prior to actual practice in caring for patients with oxygen deficiency who are receiving high-flow oxygen therapy.

Keywords: Electronic Book, Simulation-Based Learning, Learning Achievement, Satisfaction, Self-Confidence

บทนำ

การรักษาด้วยออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง (High Flow Nasal Cannula: HFNC) นิยมรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน จากการศึกษาพบว่า ภายหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 ชั่วโมง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซได้ดี คิดเป็นร้อยละ 61.9 (Hu, Zhou, Zheng, Li, Ling, Chen, et al, 2020) สามารถป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจรายใหม่ได้ร้อยละ 84.62 และสามารถป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังถอดท่อช่วยหายใจได้ร้อยละ 74.2 (Khamman, Surimuang, & Asawaphalangkul, 2020) อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการที่พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรวบยอด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักศึกษาใช้ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้นำทีมการพยาบาล และใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหา

วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลตามแผนที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในฐานะสมาชิกทีมการพยาบาล นักศึกษาพยาบาลประเมินผลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรวบรวมที่ผ่านมา พบว่า การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC มีเนื้อหาและทักษะปฏิบัติค่อนข้างเข้าใจยาก ซับซ้อน และขาดความมั่นใจในตนเองเนื่องจากบางส่วนขาดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ดังนั้น นักศึกษาพยาบาลควรได้รับการเตรียมความพร้อมเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC เพื่อพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ และความมั่นใจในตนเองด้านทักษะปฏิบัติ ส่งเสริมการตัดสินใจทางคลินิก การประเมินผลทางการพยาบาลในฐานะสมาชิกทีมและผู้นำทีมการพยาบาลได้เหมาะสม

สื่อการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลควรมีเนื้อหาที่ทันสมัย สั้นกระชับ สามารถเข้าถึงด้วยอุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัล และรูปแบบของเนื้อหาเป็นแบบ Play and learn เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการเรียนรู้ ด้านความรู้ ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ (Ucharattana, Komonwipast, & Chaotthong, 2022) สอดคล้องกับสื่อการเรียนการสอนประเภทหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic book: E-Book) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า 1) รูปแบบของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่ประกอบด้วย ข้อความเนื้อหา ข้อความเสียง รูปภาพ และภาพเคลื่อนไหวในบทเรียน เนื้อหาประยุกต์ใช้ได้ง่าย สะดวก และ ประเมินผลโดยแบบทดสอบท้ายบท ส่งผลให้มีหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีประสิทธิภาพเท่ากับ 99.22/85.52 (Lee, Wang, Hwang, & Chang, 2019; Tiyawisutsri & Limkamontip, 2024) 2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คะแนนความรู้หลังจากเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ สูงกว่าคะแนนความรู้ก่อนการเรียน (Ucharattana, Komonwipast, & Chaotthong, 2022) และ 3) ความพึงพอใจของผู้เรียนที่มีต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในระดับ มากที่สุด (Tiyawisutsri & Limkamontip, 2024) ดังนั้น หนังสืออิเล็กทรอนิกส์จึงเป็นสื่อการเรียนการสอนที่มี รูปแบบโครงสร้างชัดเจน สามารถเพิ่มความรู้อและความพึงพอใจในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลด้านความเป็นผู้นำ การบริหารจัดการ ส่งเสริมทักษะทางปัญญาสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างสมเหตุสมผล และทำงานเป็นทีม เป็นทักษะที่นักศึกษาพยาบาลต้อง เชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC มาประยุกต์ใช้ใน ภาวะปฏิบัติ สอดคล้องกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation-Based Learning: SBL) ช่วยให้นักศึกษามีประสบการณ์ฝึกทักษะปฏิบัติกับสถานการณ์จำลองหุ่นหรืออุปกรณ์จำลองเสมือนจริง ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิกจากการแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จำลอง จึงไม่ก่อให้เกิด อันตรายแก่ผู้ป่วยเนื่องจากการขาดความรู้และประสบการณ์ (Jamjang, Atthamatakul, Nillium, & Wongyara, 2021; Uppor, Klunklin, Viseskul, Skulphan, & Turale, 2023) การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์ จำลองเสมือนจริงประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ นำเข้าสู่สถานการณ์จำลอง (Pre-brief) ระยะดำเนินสถานการณ์ จำลอง (Scenario) และระยะสรุปผลการเรียนรู้ (Debrief) (Jefferies, 2005) จากการศึกษา พบว่า ระยะ Debrief เป็นระยะที่ผู้สอนควรให้ความสำคัญ เนื่องจากการสรุปการเรียนรู้ของนักศึกษา กระตุ้นให้เกิดการ สะท้อนคิด คิดวิเคราะห์ด้วยเหตุผลถึงประสบการณ์ที่ได้ปฏิบัติ ส่งเสริมให้นักศึกษาพัฒนาทักษะการให้เหตุผล ทางการพยาบาลและการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Sinthuchai, Ubolwan, & Boonsin, 2017)

จากลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรีของสาขาพยาบาลศาสตร์ พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำเป็นต้องพัฒนาความรู้ ทักษะทางปัญญา และทักษะปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งบทบาทผู้นำทีมและสมาชิกทีมก่อนฝึกปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลรวบรวม และการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการจัดการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลเป็นเพียง รูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์หรือรูปแบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพียงอย่างเดียว ยังไม่พบการศึกษา จัดการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผลลัพธ์การเรียนรู้จึงยังไม่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้และความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับทักษะปฏิบัติ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษา พัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC และจัดรูปแบบ

การเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาล ก่อนฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล และเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เหมาะสมสำหรับนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน 80/80
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเองของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยรังสิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แนวคิดการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ตามรูปแบบ ADDIE Model (Serhat, 2018) ร่วมกับแนวคิดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง (The Nursing Education Simulation Framework) (Jefferies, 2005) โดยระยะที่ 1 การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ใช้แนวคิดการออกแบบและพัฒนาสื่อตามรูปแบบ ADDIE Model ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ (Analysis) 2) การออกแบบ (Design) 3) การพัฒนา (Development) 4) การนำไปใช้ (Implement) และ 5) การประเมินผล (Evaluation) ส่งผลต่อประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 และระยะที่ 2 การจัดการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริง สำหรับการจัดการเรียนรู้อยู่ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงใช้แนวคิดการศึกษาทางการพยาบาลด้วยสถานการณ์จำลอง แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ระยะนำเข้าสู่สถานการณ์จำลอง (Pre-brief) 2) ระยะดำเนินสถานการณ์จำลอง (Scenario) และ 3) ระยะสรุปผลการเรียนรู้ (Debrief) การจัดการเรียนรู้ทั้งสองรูปแบบส่งผลต่อประสิทธิผลของการเรียนรู้ ประกอบด้วยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ และความมั่นใจในตนเอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จำนวน 167 คน กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) นักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต 2) ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรวบยอด ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2567 3) มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่สามารถเปิดอ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยและสามารถเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาของโครงการ ส่วนคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยครบตามเวลาที่กำหนด และ 2) ตอบแบบวัดและแบบสอบถามไม่ครบถ้วน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จัดกลุ่มนักศึกษาตามระดับเกรดเฉลี่ยสะสมระดับเก่ง ระดับปานกลาง และระดับอ่อน แบ่งกลุ่มเท่ากันเพื่อทดสอบแบบรายบุคคลจำนวน 3 คน แบบกลุ่มย่อยจำนวน 9 คน และแบบภาคสนามจำนวน 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยรหัสนักศึกษา เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม
2. หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วยเนื้อหาจำนวน 5 บท มีวิดีโอ เนื้อหาข้อความภาพ และเสียงประกอบ
3. แบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก แบ่งเป็นแบบทดสอบความรู้ระหว่างเรียน จำนวน 5 บท ๆ ละ 3 ข้อ รวม 15 ข้อ และแบบทดสอบความรู้หลังเรียนด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์รวม 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน
4. ข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับหนังสืออิเล็กทรอนิกส์
5. อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์พร้อมสัญญาณอินเทอร์เน็ต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนรู้ด้านการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลระบบทางเดินหายใจ และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ Story board เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 ส่วนแบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นแบบทดสอบวัดความรู้ระหว่างเรียนและหลังเรียน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.86 และ 0.91 ตามลำดับ ผู้วิจัยปรับปรุงเนื้อหาของแต่ละหัวข้อใน Story board ให้เข้าใจง่ายและสั้นกระชับตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ
2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ระหว่างเรียนและหลังเรียน ค่า KR-20 เท่ากับ 0.71 และ 0.73 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยช่วงเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาการเรียนการสอนเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC เปิดโอกาสให้อาจารย์ผู้สอนและนักศึกษาร่วมแสดงความคิดเห็น และสรุปวิเคราะห์
2. การออกแบบทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ออกแบบโครงสร้างของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ กำหนดเนื้อหาจัดทำ Story board และองค์ประกอบเนื้อหาของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์
3. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์โดยใช้โปรแกรม Canva ประกอบด้วยส่วนเนื้อหา รูปภาพ วิดีทัศน์ และแบบฝึกหัดท้ายบท ตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับแก้ไข
4. การนำหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับเกรดเฉลี่ยสะสมระดับเก่ง ปานกลาง และอ่อน ทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้สูตร $E1$ (Efficiency of process) / $E2$ (Efficiency of product) (Brahmawong, 2013) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การทดสอบรายบุคคล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบแบบกลุ่มย่อย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน และขั้นตอนที่ 3 การทดสอบภาคสนาม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน
5. การประเมินผล รวบรวมและวิเคราะห์ข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างจาก 3 ขั้นตอน นำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบประสิทธิภาพของประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC โดยใช้สูตร E1/ E2

ระยะที่ 2 ระยะศึกษาประสิทธิภาพของการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จำนวน 167 คน กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) นักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต 2) ลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรพชยอด ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2567 3) มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์และเชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่สามารถเปิดอ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัยและสามารถเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาของโครงการ ส่วนคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยครบตามเวลาที่กำหนด 2) ตอบแบบวัดและแบบสอบถามไม่ครบถ้วน และ 3) เป็นกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* Power version 3.1.9.7 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดปานกลาง เท่ากับ 0.50 (Cohen, 1977) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากงานวิจัย รวมกลุ่มตัวอย่างเป็น 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ ได้แก่ 1) หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในระยะที่ 1 2) สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง จำนวน 1 สถานการณ์ 3) หุ่นจำลองรุ่น S3201.PK และ 4) เครื่องออกซิเจนชนิด HFNC รุ่น Airvo 2

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยรหัสนักศึกษา เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

2. แบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก เป็นแบบทดสอบความรู้ระยะก่อนการเรียนรู้ หลังเรียน และหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ เป็นแบบทดสอบชุดเดียวกันรวม 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 15 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้มาก

3. แบบสอบถามความพึงพอใจ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของ Ucharattana, Komonwipast, & Chaotthong (2022) ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านเนื้อหา 5 ข้อ 2) ด้านการใช้ภาษา 2 ข้อ 3) ด้านคุณภาพ 5 ข้อ และ 4) ด้านความพึงพอใจในภาพรวม 2 ข้อ และความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของ Sinthuchai, Ubolwan, & Boonsin (2017) ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ และแบบประเมินความพึงพอใจภาพรวมจำนวน 1 ข้อ ซึ่งลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ เกณฑ์การแปลความหมายของระดับความพึงพอใจ แบ่งเป็น ความพึงพอใจระดับมาก ปานกลาง และน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 - 5.00, 3.00 - 3.99, 1.00 - 2.99 ตามลำดับ

4. แบบสอบถามความมั่นใจในตนเอง ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือของ Sinthuchai, Ubolwan, & Boonsin (2017) มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าคะแนนเท่ากับ 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ

เกณฑ์การแปลความหมายของระดับความมั่นใจในตนเอง แบ่งเป็นความมั่นใจในตนเองระดับมาก ปานกลาง และน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 - 5.00, 3.00 - 3.99, 1.00 - 2.99 ตามลำดับ

5. แบบสอบถามที่เป็นข้อคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการเรียนรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจที่ได้จากหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนรู้ด้านการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลระบบทางเดินหายใจ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนการสอน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนรู้ด้านสถานการณ์จำลอง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ 1) Story board เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC 2) Scenario เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ และ 4) แบบสอบถามความมั่นใจในตนเอง ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0 และ 5) แบบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเป็นแบบทดสอบวัดความรู้ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.91 ผู้วิจัยปรับค่าสัญญาณชีพใน Scenario ให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสอบถามความมั่นใจในตนเอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.91 และ 0.82 ตามลำดับ ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.73

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการวิจัยเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 – มกราคม พ.ศ. 2568 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระยะก่อนเรียน จำนวน 15 ข้อ เป็นเวลา 15 นาที หลังจากนั้นเรียนรู้ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ เป็นเวลา 1 สัปดาห์

2. ขั้นทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการเตรียมพร้อมการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นเวลา 30 นาที และได้รับเอกสารชี้แจงการเรียน วัตถุประสงค์ และแนวทางคำถามเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเรียน หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 3 - 4 คน แสดงบทบาทสมมติตามที่ได้รับมอบหมาย ประกอบด้วย หัวหน้าทีม 1 คน สมาชิกทีม 2 คน และญาติผู้ป่วยจำนวน 1 คน เรียนรู้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ระยะเวลา 30 นาที 3 ระยะคือ ระยะเวลาเข้าสู่สถานการณ์จำลอง 5 นาที ระยะเวลาดำเนินการสถานการณ์จำลอง 10 นาที และระยะการอภิปรายหลังสถานการณ์จำลอง 15 นาที

3. ขั้นหลังทดลอง หลังจากเสร็จสิ้นการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสอบถามความมั่นใจตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ระยะเวลา 30 นาที

4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติวิชาวินิจฉัยการพยาบาลรพช. กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และแบบสอบถามความมั่นใจตนเอง ใช้ระยะเวลา 20 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ โดยใช้สถิติ Friedman Two-Way Analysis of Variance by Ranks

4. วิเคราะห์ความพึงพอใจหลังการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์ความมั่นใจในตนเองระหว่างหลังการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และหลังฝึกปฏิบัติเสร็จสิ้น โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของสำนักจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต รหัสโครงการ COA. No. RSUERB2024-185 รับรองวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบนักศึกษา โดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น นักศึกษาสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ไม่มีผลต่อสัมพันธภาพ ไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอน หรือคะแนนรายวิชาอื่นๆ เมื่อนักศึกษายินดีและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความเข้าใจก่อนให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์ม ข้อมูลที่ได้จะปกปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่สามารถเชื่อมโยงกลับมายังกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างการดำเนินกิจกรรมเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจัดแผนตารางเวลามีช่วงพักเบรก และไม่มีกรมอบหมายงานเพิ่มเติม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติหรือเกิดความเครียด จะหยุดพัก และช่วยเหลือเบื้องต้น

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 พัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

1. ผลการพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วยเนื้อหา 5 บท ได้แก่ 1) กายวิภาคและสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจ 2) ออกซิเจนชนิดอัตราการไหลสูง 3) การรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง 4) การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนอัตราการไหลสูง และ 5) กรณีศึกษา พร้อมแบบฝึกหัดท้ายบท รวมจำนวน 15 ข้อ มีวิดีโอสั้น เนื้อหาข้อความภาพ และเสียงประกอบ

2. ผลการทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลจำนวน 42 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.6) มีอายุระหว่าง 21 - 23 ปี ($M = 21.62$, $S.D. = 0.53$) เกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.24 - 3.81 ($M = 3.19$, $S.D. = 0.32$) ประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการทดสอบรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล 3 คน, กลุ่มย่อย 9 คน และภาคสนาม 30 คน พบว่ามีค่า $E1/E2 = 88.88/80$, $83.70/80.74$ และ $82.66/86.22$ ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างอธิบายเพิ่มเติมว่า “หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เป็นสื่อการสอนที่น่าสนใจ เนื้อหากระชับและเข้าใจง่าย”

ระยะที่ 2 ศึกษาประสิทธิผลของการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับการเรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 34 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.30) มีอายุระหว่าง 21 - 29 ปี ($M = 22.29$, $S.D. = 1.76$) เกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.69 - 3.91 ($M = 3.21$, $S.D. = 0.30$)

2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติคะแนนเฉลี่ยอันดับสูงสุด และสูงกว่าหลังเรียน และก่อนเรียนตามลำดับ ดังตาราง 1 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อธิบายเพิ่มเติมว่า “สามารถนำความรู้ที่ได้จากหนังสือ

อิเล็กทรอนิกส์ไปใช้ในการจัดเตรียมอุปกรณ์ เข้าใจหลักการตั้งค่าเครื่อง HFNC และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้อง โดยสามารถเปิดอ่านหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ทบทวนความรู้ได้ง่าย สะดวกทุกที่ ทุกเวลา”

ตาราง 1 เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ก่อนและหลังการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ (n= 34)

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	M (S.D.)	Mean Rank	Friedman-value	df	p-value
ก่อนเรียน	7.79 (2.12)	1.07	55.48	2	< 0.01
หลังเรียน	12.21 (2.05)	2.18			
หลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ	13.50 (1.33)	2.75			

3. ความพึงพอใจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจโดยภาพรวม (M= 4.96, S.D.= 0.11) ความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (M= 4.95, S.D.= 0.16) และความพึงพอใจต่อการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (M= 4.98, S.D.= 0.07) อยู่ระดับมากทั้งหมด ดังตาราง 2 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อเสนอแนะว่า “หนังสือเป็นสื่อที่มีภาพและเสียงน่าสนใจมาก เนื้อหาเหมาะสม มีคลิปวิดีโออธิบายการตั้งค่าเครื่อง ทำให้เข้าใจง่าย เมื่อเรียนสถานการณ์จำลอง และสามารถนำไปใช้ได้จริงในทางปฏิบัติได้เป็นอย่างมาก”

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจหลังการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ของนักศึกษาพยาบาล (n = 34)

ความพึงพอใจ	M	S.D.	ระดับ
การเรียนรู้ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์โดยรวม	4.95	0.16	ระดับมาก
ด้านเนื้อหา	4.97	0.11	ระดับมาก
ด้านการใช้ภาษา	4.94	0.23	ระดับมาก
ด้านคุณภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์	4.95	0.21	ระดับมาก
ด้านความพึงพอใจในภาพรวม	4.95	0.14	ระดับมาก
การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลอง	4.98	0.07	ระดับมาก
การเรียนรู้ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลอง	5.00	0.00	ระดับมาก
รวม	4.96	0.11	ระดับมาก

4. ความมั่นใจในตนเอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองหลังเรียน ดังตาราง 3 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า “มีความรู้และความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย โดยสามารถนำไปใช้ปรับตั้งค่าเครื่อง HFNC ตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ถูกต้อง ให้การดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการรักษา ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน และแก้ปัญหาได้ทันเวลา จนผู้ป่วยปลอดภัย”

ตาราง 3 เปรียบเทียบความมั่นใจในตนเอง หลังการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และความมั่นใจในตนเองหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ (n = 34)

ความมั่นใจในตนเอง	n	Mean Rank	Sum of Ranks	Z test	p-value
1. หลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ > หลังเรียน	21	14.05	295.00		
2. หลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ < หลังเรียน	4	7.50	30.00	-3.58	0.00
3. หลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ = หลังเรียน	9				

อภิปรายผล

1. ประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC พบว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีประสิทธิภาพ E1/E2 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 80/80 ทั้งการทดสอบรายบุคคล การทดสอบกลุ่มย่อย และการทดสอบภาคสนาม อธิบายได้ว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ได้พัฒนาอย่างเป็นระบบตามแนวคิด ADDIE Model (Serhat, 2018) กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ชัดเจน และเนื้อหาประกอบด้วย 5 บทที่ครอบคลุมสาระสำคัญตามวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะจึงได้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ได้รับการออกแบบในหนังสือที่ประกอบไปด้วยตัวอักษร ข้อความ รูปภาพ และภาพเคลื่อนไหวที่มีสีสันน่าสนใจ และช่วยให้ผู้เรียนเกิดจินตนาการและเข้าใจเนื้อหาได้ง่ายขึ้น มีแบบฝึกหัดท้ายบทเพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในเนื้อหาจนเกิดการเรียนรู้ สามารถทบทวนความรู้และทำแบบทดสอบท้ายบทได้ถูกต้อง (Lee, Wang, Hwang, & Chang, 2019) ผลการทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์จากการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tiyawisutsri & Limkamontip (2024) ที่พัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์สัปดาห์เดียว เรื่องหลักการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน 7 ประการสำหรับนักศึกษาพยาบาล มีประสิทธิภาพ 99.22/85.52 และการศึกษาเพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของหนังสืออิเล็กทรอนิกส์แบบปฏิสัมพันธ์เรื่อง การสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวนในเพศหญิงสำหรับนักศึกษาพยาบาล พบว่ามีประสิทธิภาพ 80.70/90.60 (Ucharattana, Komonwipast, & Chaotthong, 2022) ดังนั้นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้งประสิทธิภาพของกระบวนการ (E1) และประสิทธิภาพของผลลัพธ์ (E2) และมีรูปแบบที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ของนักศึกษาพยาบาล

2. ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่างก่อนเรียน หลังเรียน และหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติมีคะแนนสูงสุด อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทบทวนความรู้ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC สามารถเข้าถึงและอ่านทบทวนได้ตลอดเวลา เนื้อหาสาระสำคัญจำนวน 5 บทออกแบบตามวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และจัดเรียงหัวข้อตั้งแต่ความรู้พื้นฐานจนถึงหัวข้อที่มีความซับซ้อน ทำให้เกิดการเรียนรู้เนื้อหาทางทฤษฎี มีความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น ส่วนรูปแบบการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ประกอบด้วยการนำเข้าสู่สถานการณ์จำลอง ดำเนินสถานการณ์จำลอง และสรุปผลการเรียนรู้ (Jefferies, 2005) ทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับ สามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลสำหรับการประเมิน การคิดวิเคราะห์ปัญหา และตัดสินใจให้การพยาบาลได้เหมาะสม โดยอาจารย์ช่วยสะท้อนคิดและสรุปผลการเรียนรู้ภายหลังการเรียน คช่วยส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ได้มากกว่าการเรียนในชั้นเรียนหรือการอ่านจากหนังสือเพียงอย่างเดียว เมื่อฝึก

ปฏิบัติจากสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย สามารถการนำความรู้ไปใช้ตามหลักของกระบวนการพยาบาล จึงทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น ผลการวิจัยสอดคล้องกับ Wu, Huang, Su, Chang, & Lu (2018) พบว่า หลังการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับรูปแบบการใช้ปัญหาเป็นฐาน (Problem-based Learning: PBL) กลุ่มทดลองมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Komonwipast, & Ucharattana (2022) พบว่า หลังการเรียนรู้ด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่อง การสวนปัสสาวะชนิดคาสายสวนในเพศชาย กลุ่มตัวอย่างมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC สามารถพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ หลังเรียน และหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สูงขึ้น

3. ความพึงพอใจ หลังการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระดับมาก อธิบายได้ว่า หนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย HFNC มีเนื้อหาสั้นกระชับ ชัดเจน และน่าเชื่อถือ รวมทั้งมีภาพสีสันน่าสนใจ เสียงประกอบ และสามารถเข้าถึงด้วยอุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัล เหมาะสำหรับนักศึกษาพยาบาล ซึ่งกระตุ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการเรียน มีความสนใจเพิ่มขึ้น การเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้จากอุปกรณ์จริงในห้องปฏิบัติการ หุ่นจำลองเสมือนจริงสามารถแสดงสัญญาณชีพและเสียง สามารถทำกิจกรรมหลากหลายที่ส่งเสริมการเรียนรู้ และรู้สึกสนุกกับวิธีการสอนของอาจารย์ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ประสพการณ์จากการเรียนรู้เกิดความพึงพอใจในเรื่องการคิดและการตัดสินใจที่เร็วขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Manapattanasatien, Chitreecheur, & Kasatpibal (2018) ที่พบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนานสำหรับพยาบาลวิชาชีพอยู่ระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sinthuchai, Ubolwan, & Boonsin (2017) ผลการวิจัยพบว่า หลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงจำนวน 4 สถานการณ์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติรายวิชาฝึกทักษะทางวิชาชีพก่อนสำเร็จการศึกษา กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาครั้งนี้ นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจหลังจากการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ส่งเสริมความสนใจ เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง และจำลองเห็นภาพจริงก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วย

4. ความมั่นใจในตนเอง หลังการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในตนเองระหว่างหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติและหลังเรียนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC ประกอบด้วยหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC มีเนื้อหาสาระสำคัญจำนวน 5 บท ส่งผลให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ช่วยให้นักศึกษามีประสบการณ์ในการฝึกทักษะปฏิบัติกับสถานการณ์จำลองกับหุ่นจำลองเสมือนจริง ส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิกเพื่อแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จำลอง เมื่ออาจารย์สะท้อนคิด นักศึกษาเกิดอะไรก่อนไปฝึก เกิดความพร้อมก่อนปฏิบัติจริงในโรงพยาบาล และเมื่อฝึกปฏิบัติแล้ว สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง จึงทำให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น (Jamjang, Atthamatakul, Nilliaum, & Wongyara, 2021)

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Thammakijpirote, Maneewong, & Sanongyard (2023) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เพื่อศึกษารูปแบบและผลลัพธ์ของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย

ในระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2565 ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสามารถพัฒนาให้ผู้เรียนมีคุณสมบัติด้านจริยธรรม ความรู้ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการมีทักษะทางปัญญาและการคิดวิเคราะห์สมเหตุสมผล นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัย Jamjang, Atthamatakul, Nilliaum, & Wongyara (2021) พบว่าหลังการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกจากแผลกระเพาะอาหารทะลุ และการดูแลผู้ป่วยโรคตับแข็งที่มีภาวะเลือดออกจากการแตกของหลอดเลือดดำบริเวณหลอดอาหารโป่งพอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล และคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด สามารถเป็นสื่อการเรียนการสอนที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ของนักศึกษาพยาบาล และรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC มีความเหมาะสมในการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย ขณะฝึกปฏิบัติรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลรพยอด สามารถประยุกต์ความรู้ และพัฒนาผลลัพธ์การเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาความรู้ สร้างความพึงพอใจ และเพิ่มความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติการพยาบาลทั้งระยะหลังเรียนและหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนชนิด HFNC สามารถใช้เป็นรูปแบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลก่อนฝึกปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วย โดยสถาบันการศึกษาควรจัดเตรียมอุปกรณ์เทคโนโลยีดิจิทัลและหุ่นจำลองเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ ตลอดจนอาจารย์ผู้สอนควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเพื่อพัฒนาการสอนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปเกี่ยวกับการจัดการเรียนรู้โดยใช้หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ร่วมกับสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ควรพัฒนาเนื้อหาและสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับทักษะปฏิบัติที่หลากหลาย มีความซับซ้อนเข้าใจยาก หรือทักษะที่มีประสบการณ์น้อย เป็นรูปแบบการวิจัยเปรียบเทียบแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest–posttest design) การวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed method research) หรือ การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการเรียนการสอน ผลลัพธ์การเรียนรู้ สิ่งสนับสนุนและอุปสรรคของการจัดการเรียนการสอน

References

- Brahmawong, C. (2013). Developmental Testing of Media and Instructional Package. *Silpakorn Educational Research Journal*, 5(1), 7-20.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed.). Academic Press.
- Hu, M., Zhou, Q., Zheng, R., Li, X., Ling, J., Chen, Y., ... & Xie, C. (2020). Application of high-flow nasal cannula in hypoxemic patients with COVID-19: a retrospective cohort study. *BMC Pulmonary Medicine*, 20, 1-7.

- Jamjang, S., Atthamatakul, W., Nilliaum, R., & Wongyara, N. (2021). The effects of simulation-based learning on problem solving ability, and self-confidence in nursing care on the patient with health problem of nursing students. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(3), 178-194.
- Jefferies, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations, . used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.
- Khamman, S., Surimuang, M., & Asawaphalangkul, S. (2020). Effectiveness of high-flow nasal cannula oxygen therapy among adult patients: A Study at Mae Sot Hospital (Research report). Tak: Mae Sot Hospital. (in Thai)
- Komonwipast, N., & Ucharattana, P. (2022). The effectiveness of an electronic book, entitled “male indwelling urinary catheterization” for sophomore nursing students in fundamentals of nursing course. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 42(2), 62-72.
- Lee, S. Y., Wang, T. J., Hwang, G. J., & Chang, S. C. (2019). Effects of the use of interactive E-books by intensive care unit patients' family members: Anxiety, learning performances and perceptions. *British Journal of Educational Technology*, 50(2), 888-901.
- Manapattanasatien, T., Chitreecheur, J., & Kasatpibal, N. (2018). Development of an electronic book on prevention of multidrug resistance organisms transmission for registered nurses. *Nursing Journal*, 45(1), 146-158.
- Serhat, K. (2018). ADDIE model: Instructional design [Internet]. Retrieved June 25, 2024, from <https://educationaltechnology.net/the-addie-model-instructional-design/>
- Sinthuchai, S., Ubolwan, K., & Boonsin S. (2017). Effects of high-fidelity simulation-based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth-year nursing students in comprehensive nursing care practicum. *Rama Nursing Journal*, 23(1), 113-127.
- Tiyawisutsri, C., & Limkamontip, S. (2024). The development of multimedia electronic book (E-book) on basic 7 principles of newborn care for nursing students. *The Journal of Boromarjonnani College of Nursing, Suphanburi*, 7(1), 82-94.
- Thammakijpirote, T., Maneewong, J., & Sanongyard, J. (2023). Simulation- based learning on Critical thinking of nursing students in Thailand: A systematic review. *The Journal of Boromarjonnani College of Nursing, Suphanburi*, 6(1), 5-28.
- Ucharattana, P., Komonwipast, N., & Chaotthong, S. (2022). The Development and effectiveness of an interactive electronic book entitled “female indwelling catheterization” for sophomore nursing students at Rangsit University. *Journal of Nursing and Health Care*, 40(2), 45-54.
- Uppor, W., Klunklin, A., Viseskul, N., Skulphan, S., & Turale, S. (2023). Designing simulation scenarios to enhance nursing students’ clinical judgment: A qualitative study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 27(3), 445-456.
- Wu, T. T., Huang, Y. M., Su, C. Y., Chang, L., & Lu, Y. C. (2018). Application and analysis of a mobile e-book system based on project-based learning in community health nursing practice courses. *Journal of Educational Technology & Society*, 21(4), 143-156.

การศึกษาคุณสมบัติในการยับยั้งเชื้อราแคนดิดาอัลบิแคนส์ สเตรปโตค็อกคัส มิวแทนส์ และ
เซลล์มะเร็งในช่องปากของสารสำคัญกรดอนาคาร์ดิกจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์
In Vitro Study of the Inhibitory Effects of Anacardic Acid from Cashew Nut
Shells on *Candida Albicans*, *Streptococcus Mutans*, and Oral Cancer Cells

พิมพ์พร โชติการ^{1*}, งามพัคตร์ ทายะนา², วรณญา วรดุลยพินิจ³ และ เอสเธระ ประทีปทองคำ⁴

Pimporn Chotikarn^{1*}, Nyampak Tayana², Warunya Woradulayapinij³ and

Esthera Prateeptongkum⁴

^{1,4}สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์

^{2,3}ศูนย์วิจัยค้นคว้าและพัฒนาฯ, สำนักงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชั้นสูง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ศูนย์รังสิต)

^{1,4}Institute of Dentistry, Department of Medical Services

^{2,3}Drug Discovery and Development Center, Office of Advance Science and Technology, Thammasat University

(Received: February 18, 2025; Revised: April 24, 2025; Accepted: May 19, 2025)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการทดลองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสกัดและแยกกรดอนาคาร์ดิกจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ พร้อมศึกษาฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งช่องปาก และฤทธิ์การยับยั้งจุลชีพ *Candida albicans* และ *Streptococcus mutans* โดยได้นำเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์มาสกัดด้วยตัวทำละลายเฮกเซน พร้อมทดสอบฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งช่องปาก ด้วยวิธี MTT assay และฤทธิ์การยับยั้งจุลชีพ ด้วยวิธี Agar well diffusion และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ One-way ANOVA

การทดสอบฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งในช่องปากพบว่า สาร Doxorubicin มีประสิทธิภาพสูงสุดในการยับยั้งเซลล์มะเร็งช่องปาก ตามด้วย Calcium anacardate ส่วน Anacardic acid มีประสิทธิภาพรองลงมา และ Cashew nut shell liquid มีประสิทธิภาพต่ำที่สุด สำหรับการทดสอบฤทธิ์การยับยั้งจุลชีพ พบว่า สารสกัดจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ทั้ง 3 ชนิดไม่มีฤทธิ์ยับยั้ง *Candida albicans* แต่มีฤทธิ์ยับยั้ง *Streptococcus mutans*

เนื่องจากงานวิจัยนี้ใช้เปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ที่มาจากแหล่งเดียว ซึ่งปัจจัยจากแหล่งปลูกไม่ว่าจะเป็นดิน หรือน้ำ สภาพอากาศ อาจจะมีผลต่อชนิด และปริมาณสารสำคัญ รวมถึงฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อจุลชีพ และฤทธิ์ในการยับยั้งเซลล์มะเร็งในช่องปากได้ อีกทั้งกรดอนาคาร์ดิกมีฤทธิ์ที่ดีในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *S. mutans* และ Calcium anacardate มีฤทธิ์ที่ดีในการยับยั้งเซลล์มะเร็งช่องปาก ซึ่งควรจะมีการทดสอบความเป็นพิษเทียบกับเซลล์ปกติ รวมถึงมะเร็งช่องปากชนิดอื่นๆ และมีความน่าสนใจที่จะนำไปพัฒนาเป็นยาทางเลือกให้กับผู้ป่วยโรคต่อไปในอนาคต แต่สารสกัด Calcium anacardate ละลายได้ค่อนข้างยาก หากมีการปรับเปลี่ยนหมู่โลหะเป็นโซเดียม หรือ โพแทสเซียมค่าการละลายน่าจะดีขึ้นทำให้สามารถนำไปใช้ในรูปแบบผลิตภัณฑ์ได้ง่ายขึ้น

คำสำคัญ: กรดอนาคาร์ดิก, การยับยั้งจุลชีพ, ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งในช่องปาก,
เปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์, มะม่วงหิมพานต์

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: pimporn_bee@hotmail.com)

Abstract

This research was an experimental study that aimed to extract and isolate anacardic acid from cashew nut shells, and to investigate its cytotoxic effects on oral cancer cells as well as its antimicrobial activity against *Candida albicans* and *Streptococcus mutans*. The cashew nut shells were extracted using hexane as the solvent. The cytotoxicity against oral cancer cells was assessed using the MTT assay, while the antimicrobial activity was evaluated using the agar well diffusion method. The data were analyzed statistically using one-way ANOVA.

The cytotoxicity test on oral cancer cells showed that Doxorubicin had the highest efficacy in inhibiting oral cancer cells, followed by Calcium anacardate. Anacardic acid demonstrated moderate efficacy, while Cashew nut shell liquid exhibited the lowest efficacy. In the antimicrobial activity test, it was found that none of the three extracts from cashew nut shells inhibited *Candida albicans*, but all showed inhibitory effects against *Streptococcus mutans*.

Since this study used cashew nut shells obtained from a single source, factors related to the cultivation environment—such as soil, water, and climate—may have influenced the type and amount of active compounds, as well as their antimicrobial and oral cancer cell inhibitory effects. Anacardic acid demonstrated good antibacterial activity against *S. mutans*, while calcium anacardate exhibited strong inhibitory effects on oral cancer cells. Further studies should assess the toxicity of these compounds on normal cells and other types of oral cancer cells. Additionally, there is potential for developing these compounds as alternative therapeutic agents for consumers in the future. However, calcium anacardate has relatively poor solubility; modifying the metal group to sodium or potassium may improve its solubility, facilitating its use in product development.

Keywords: Anacardic Acid, Antimicrobial Activity, Cytotoxicity Against Oral Cancer Cells, Cashew Nut Shell, Cashew

บทนำ

จากสถิติผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2565 จากงานบริการสถิติข้อมูล กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.94 ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นเพศชาย และเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 44.03 และ 55.97 ตามลำดับ เมื่อเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุสภาวะช่องปากจะมีการเปลี่ยนแปลงลิ้นของผู้สูงอายุจะพบการสูญเสียรส โดยเฉพาะรสเค็มและขม ทำให้ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารลดลง กลืนยากขึ้น อาการที่สามารถพบได้บ่อยในผู้สูงอายุอีกอย่างคืออาการแสบร้อนบริเวณลิ้น (Burning tongue) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้ช่องปากเกิดการบาดเจ็บและการติดเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยใช้ฟันเทียมหรือได้รับผลกระทบจากการรบกวนการทำงานของน้ำลาย เช่น ยารักษาโรคประจำตัว ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เพิ่มโอกาสในการเป็นมะเร็งในช่องปาก การเกิดฟันผุและติดเชื้อราแคนดิดา อัลบิแคนส์ (*Candida albicans*) ได้

ปัจจุบันมะเร็งช่องปากเป็นสาเหตุทำให้มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมากโดยแต่ละปีพบผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งชนิดนี้ถึง 600,000 คน โดยจากข้อมูลสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้ป่วยเป็นมะเร็งเกิดใหม่โดยถ้าแบ่งตามอายุ พบว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีโอกาสเป็นมะเร็งเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า ในเพศชายและหญิงผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่เป็นมะเร็งในช่องปากคิดเป็นร้อยละ 44.08 และ 64 ตามลำดับ

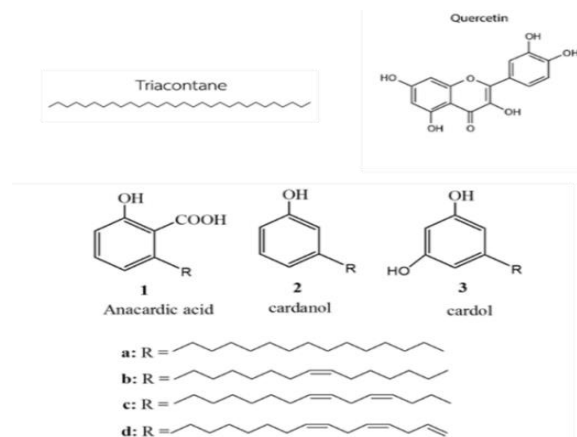
มะเร็งช่องปากพบได้บริเวณช่องปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม หรือต่อมน้ำลาย ลักษณะมะเร็งช่องปาก จะเกิดความรุนแรงลักษณะเฉพาะก็คือมีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองที่คอ การเกิดมะเร็งบริเวณลิ้นจะเกิด บริเวณด้านข้างลิ้น ด้านหน้าลิ้น ด้านหลังลิ้น ลักษณะมะเร็งช่องปากที่เจอบ่อยกว่าร้อยละ 90 เป็นกลุ่มเซลล์ สแควมัส (Squamous cell carcinoma) (Gutiérrez, Sánchez, Delmas, Gómez, & Bonneau, 2020)

เชื้อรา *C. albicans* (Talapko, Juzbašić, Matijević, Pustijanac, Bekić, Kotris, et al., 2021) เป็นเชื้อราประจำถิ่นของผิวหนังและของเนื้อเยื่อในช่องปาก ลำคอ และอาจรวมไปถึงหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้ และที่อวัยวะเพศ แบ่งตัวโดยวิธีการแตกหน่อ (Budding) รูปร่างกลมรี เจริญได้ดีที่อุณหภูมิ 25 - 37 องศาเซลเซียส ลักษณะโคโลนี คือ กลมและมีสีขาวครีม

โรคฟันผุเป็นโรคที่พบได้บ่อยในช่องปาก ร่วมกับสภาวะในช่องปากที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะปากแห้ง น้ำลายแห้ง ส่งผลให้เกิดฟันผุได้ง่ายขึ้น โดยโรคฟันผุจัดเป็นโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจาก แบคทีเรีย โดยทำให้เกิดการสูญเสียแร่ธาตุ (Demineralization) จากภาวะความเป็นกรดที่เกิดจากการย่อยสลาย อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตของแบคทีเรียบางชนิดในแผ่นคราบจุลินทรีย์ (Biofilm) เช่น *Streptococcus mutans*, *Lactobacilli* เป็นต้น โดย *S. mutans* ถือเป็นแบคทีเรียที่ก่อโรคฟันผุในช่องปาก (Loesche, 2007) *S. mutans* เป็นแบคทีเรียแกรมบวก รูปร่างกลม (Gram-positive cocci) ขนาด 0.5 - 0.75 μm แบคทีเรีย ชนิดนี้ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้ (Non-motile) ส่วนใหญ่สามารถเจริญเติบโตได้ดีในสภาวะที่ไม่มีออกซิเจน แต่ต้องอาศัยไนโตรเจน หรือคาร์บอนไดออกไซด์ ในการเจริญเติบโต อุณหภูมิที่ทำให้เชื้อเจริญได้ดี คือ 37 °C และสามารถเจริญได้ที่อุณหภูมิสูงสุด 45°C และต่ำสุด 10°C (Johnson, Bozzola, & Shechmeister, 1974)

มะม่วงหิมพานต์มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Anacardium occidentale* L. เป็นไม้ผลยืนต้น มีทรงพุ่มกว้าง แผ่กระจายไม่ผลัดใบ มีลำต้นสูง 10 - 12 เมตร มีฐานรองดอกเจริญ ขึ้นมาคล้ายผล ที่เรียกว่า ผลปลอม มีสีต่าง ๆ กัน ตามแต่ละพันธุ์ เช่น เขียว แดง ส้ม เหลือง ฯลฯ ส่วนผลจริงที่เรียกว่า เมล็ด มีลักษณะยาว เรียวโค้งงอ คล้ายรูปไต ห้อยติดอยู่กับผลปลอม ส่วนเนื้อในสุดของเมล็ด (Kernel) เป็นส่วนที่ใช้รับประทาน และมีคุณค่าทางอาหารสูงมาก มีไขมันร้อยละ 47 โปรตีนร้อยละ 21 แป้งร้อยละ 22 มีวิตามินและธาตุอาหารอื่น ๆ อีกมากมาย ส่วนเปลือกหุ้มเมล็ด (Cashew nut shell) มีลักษณะหนาและแข็ง มีน้ำมันที่เรียกโดยทั่วไปว่า Cashew nut shell oil หรือ Cashew nut shell liquid ซึ่งมักใช้คำย่อว่า “CNSL” มีลักษณะเป็นของเหลวสีน้ำตาลเข้ม เหนียวข้น โดยมีสารประกอบฟีนอลเป็นองค์ประกอบหลัก (Paramashivappa, Kumar, Vithayathil, & Rao, 2001)

องค์ประกอบของ CNSL จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับโหมดของการสกัด โดยการสกัดด้วยความร้อน กระบวนการให้ความร้อนนำไปสู่การดีคาร์บอกซิเลชันของกรดอะคาร์ดิกเพื่อสร้างคาร์ดานอล และโดยทั่วไปจะมีคาร์ดานอล ประมาณ 60 - 65% คาร์ดอล 15 - 20% กลุ่มพอลิเมอร์อื่นๆอีกประมาณ 10% (Hamad & Mubofu, 2015)



ภาพ 1 ลักษณะโครงสร้างสารสำคัญในเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์

มีการศึกษาคุณสมบัติทางเคมี ชีวภาพ และเภสัชวิทยา Anacardic acid มีฤทธิ์ในการยับยั้งจุลชีพ (Antimicrobial activity) (De Oliveira, Cunha, Sousa, Bezerra, Lomonaco, Mazzetto, et al, 2022) มีรายงานการศึกษา พบว่า Anacardic acid ช่วยยับยั้งแบคทีเรีย เชื้อราได้ นอกจากนี้ยังพบว่า Anacardic acid มีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) ลดความรุนแรงของเซลล์มะเร็ง โดยยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์และการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง (Zhao, Zhang, Cai, Zhang, Kong, Ge, et al, 2018) ซึ่งการค้นพบสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่สำคัญและมีแนวโน้มในการนำมาศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้โมเลกุลสู่การพัฒนาไปเป็นยารักษาโรค โดยเฉพาะยารักษาโรคมะเร็ง

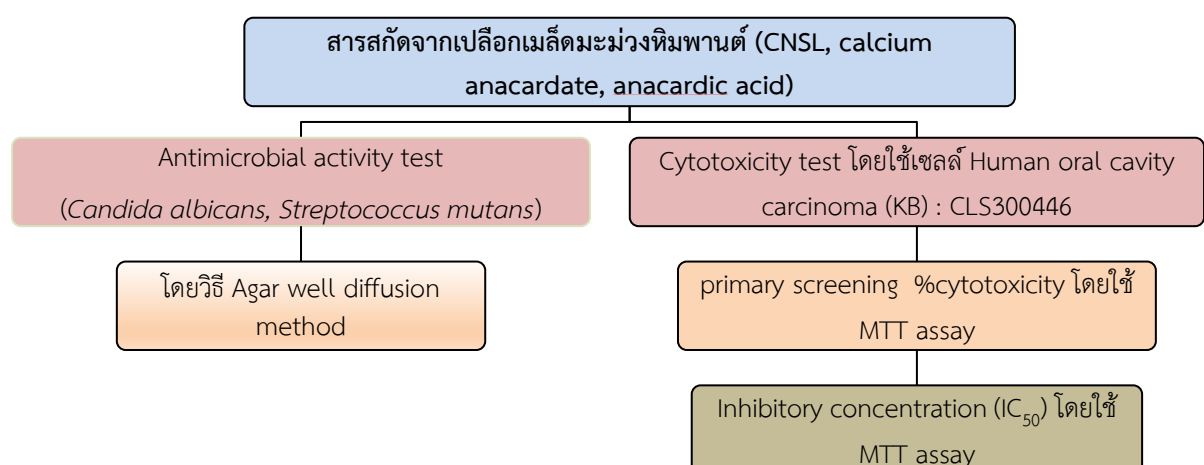
ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีการศึกษาฤทธิ์ในการยับยั้งจุลชีพ (Antimicrobial activity) และฤทธิ์การยับยั้งเซลล์มะเร็ง แต่ยังไม่มีการศึกษาผลของ Anacardic acid ในรูปแบบของ oil และรูปเกลือ (Calcium anacardate) เกี่ยวกับคุณสมบัติในการยับยั้งเชื้อรา *C. albicans* เชื้อแบคทีเรีย *S. mutans* และเซลล์มะเร็งในช่องปาก ในการศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาทั้งปริมาณของ Anacardic acid รวมถึงผลต่อการยับยั้งเชื้อรา *C. albicans* เชื้อแบคทีเรีย *S. mutans* และเซลล์มะเร็งในช่องปาก ซึ่งถือว่าเป็นอีกตัวช่วยในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก การติดเชื้อมือ และการเกิดโรคฟันผุ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อทดสอบฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งช่องปากของสารสำคัญ Anacardic acid ในสารสกัดเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์
2. เพื่อทดสอบฤทธิ์การยับยั้งจุลชีพ *Candida albicans* และ *Streptococcus mutans* ของสารสำคัญ anacardic acid ในสารสกัดเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสารสำคัญ Anacardic acid ในสารสกัดเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ โดยสกัดสารมา 3 ชนิดได้แก่ CNSL calcium anacardate และ Anacardic acid โดยนำไปทดสอบ Antimicrobial activity test โดยใช้เชื้อที่สนใจคือ *Candida albicans* และ *Streptococcus mutans* โดยวิธี Agar well diffusion method และนำไปทดสอบ Cytotoxicity test โดยใช้เซลล์ Human oral cavity carcinoma (KB) cell ดังกรอบแนวคิดการวิจัยภาพ 2



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (In vitro experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ เชื้อรา เชื้อแบคทีเรีย และเซลล์มะเร็ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ *Candida albicans* DMST 5815 (ATCC 10231), *Streptococcus mutans* DMST 18777 (ATCC 25175T) และ Human oral cavity carcinoma (KB) : CLS300446

Intervention คือ สารสำคัญจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือและอุปกรณ์ ได้แก่ 1) เครื่องชั่ง (Mettler Toledo ML104) 2) เครื่องกลั่นระเหยระบบสุญญากาศแบบหมุน (Rotary evaporator, Heidolph™ Hei-Vap™ Rotary Evaporators) 3) เครื่องดูดสุญญากาศ (High vacuum) 4) อ่างควบคุมอุณหภูมิความถี่สูง (Bandelin sonorex digitec) 5) อ่างควบคุมอุณหภูมิความถี่สูง (Sonicator) (Bandelin sonorex digitec) 6) Heidolph MR Hei-Tec 135mm Magnetic Stirrer และ 7) OS40-Pro LCD Digital Enhanced Stirrer

2. สารเคมี ดังนี้

2.1 สารเคมีที่ใช้สกัดและแยกสารจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ ได้แก่ 1) Distilled hexane 2) Distilled ethyl acetate 3) Calcium hydroxide และ 4) Sodium sulphate anhydrous

2.2 สารเคมีที่ใช้ในการทดสอบ ได้แก่ 1) Methanol 2) Chloroform- d_1 3) ด็อกโซรูบิซิน (Doxorubicin) 4) ตัวทำละลายหลักไดเมทิลซัลฟอกไซด์ (Dimethyl sulfoxide; DMSO) 5) Fluconazole และ 6) Chlorhexidine

3. อาหารเลี้ยงเชื้อ ได้แก่ 1) Mueller hinton agar และ 2) Dulbecco's modified eagle medium (DMEM)

4. เชื้อที่ใช้ในการทดสอบ ได้แก่ 1) *Candida albicans* DMST 5815 (ATCC 10231) และ 2) *Streptococcus mutans* DMST 18777 (ATCC 25175T)

5. เซลล์ที่ใช้ทดสอบ Cytotoxicity ได้แก่ Human oral cavity carcinoma (KB): CLS300446

วิธีการวิจัย

1. การสกัดสาร

1.1 การสกัดให้ได้ Cashew nut shell liquid

เตรียมสารสกัดหยาบ (Crude extract) โดยแบ่งตัวอย่างเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ที่บดแล้ว ปริมาณ 10 กรัม เติมหกเซน ลงไป 50 มล. และนำเข้าเครื่อง Sonicator เป็นเวลา 30 นาที พร้อมควบคุมอุณหภูมิไม่เกิน 45 องศา จากนั้นกรองผ่านกระดาษกรอง ทำซ้ำทั้งหมด 4 รอบ จากนั้นทำการระเหยตัวทำละลายหกเซน ที่ได้จากการกรองด้วยเครื่อง Rotary evaporator และเครื่อง High vacuum ซึ่งสารสกัดที่ได้ และนำสารสกัดตรวจวิเคราะห์ทางเคมีด้วยเครื่อง ^1H NMR โดยใช้ Chloroform- d (CDCl_3) เป็นตัวทำละลาย

1.2 การเปลี่ยน Cashew nut shell liquid ให้เป็น Calcium anacardate โดยใช้วิธี Modified R. Paramashivappa (Paramashivappa, Kumar, Vithayathil, & Rao, 2001)

นำ CNSL 25 กรัมเติม 5% Aqueous methanol ลงไป 300 มล. คนด้วยเครื่อง Stirrer ชนิด Overhead โดยกำหนดรอบอยู่ที่ 500 rpm และเปิด Hotplate อยู่ที่ 50 องศา จากนั้นเติม Calcium hydroxide 12.5 กรัม โดยค่อย ๆ เติมทีละน้อย และ Stir ต่อไปเรื่อย ๆ จนทดสอบ Thin layer chromatography (TLC) แล้วไม่ปรากฏ Anacardic acid ใน TLC จากนั้นนำสารที่ได้มาล้างและกรองสุญญากาศด้วย 50% Aqueous methanol 200 มล. 2 รอบ และ Methanol 200 มล. 2 รอบ นำน้ำที่ล้างทดสอบ TLC จนไม่มี Cardol และ Carnardol เหลืออยู่ ส่วนของแข็งจะได้ลักษณะของแข็งสีน้ำตาล จากนั้นนำของแข็งมาบดให้ละเอียดแล้วไปอบที่ 50 องศาเป็นเวลา 1 ชม.

1.3 การเปลี่ยน Calcium anacardate ให้เป็น Anacardic acid โดยใช้วิธี Modified R. Paramashivappa (Paramashivappa, Kumar, Vithayathil, & Rao, 2001)

นำ Calcium anacardate 25 กรัม ผสมด้วยน้ำกลั่น 100 มล. คนจนเป็นสารแขวนลอย เติมกรด HCl 2M 170 มล. คนด้วยเครื่อง Magnetic stirrer ด้วยความเร็ว 450 รอบต่อนาที 3 ชั่วโมง เช็ด pH นำสารที่ได้ใส่กรวยแยกสาร จากนั้นเติม Ethyl acetate 150 มล. จากนั้นเติมน้ำกลั่น 100 มล. เขย่าให้เข้ากัน ตั้งทิ้งไว้จนสารแยกชั้น ไซสารชั้นล่างออก เก็บสารชั้นบนไว้ นำสารชั้นบนที่ได้เติม Sodium sulphate anhydrous จากนั้นนำไปกรองผ่านกระดาษกรอง แล้วทำการระเหยโดยเครื่อง Rotary evaporator และเครื่อง High vacuum

1.4 จากนั้นทำสารทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ CNSL Anacardic acid และ Calcium anacardate มาละลายกับ DMSO ให้ได้ความเข้มข้น 1,000 5,000 10,000 ($\mu\text{g/mL}$) ตามลำดับ

2. การทดสอบฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งช่องปาก; *in vitro*

นำสารสกัดของเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ CNSL, Calcium anacardate และ Anacardic acid ไปทดสอบฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งช่องปาก Human oral cavity carcinoma (KB) cell line โดยใช้วิธี MTT assay ((3-(4,5-dimethylthiazol-2-yl)-2,5-diphenyl tetrazolium bromide test) เทียบกับสารมาตรฐาน ดอกโซรูบิซิน (Doxorubicin) ซึ่งเป็น Gold standard ในการรักษามะเร็ง (D'Angelo, Noronha, Câmara, Kurnik, Feng, Araujo, et al, 2022) และตัวทำละลายหลักไดเมทิลซัลฟอกไซด์ (Dimethyl sulfoxide; DMSO) และนำไปหาค่า %cytotoxicity โดยใช้สูตร $\% \text{cytotoxicity} = (A-B)/A \times 100$ โดย A คือ ค่าการดูดกลืนแสงของหลุมควบคุม (หลุมที่มีเซลล์ในอาหารเพาะเลี้ยง) B คือ ค่าการดูดกลืนแสงของหลุมที่มีเซลล์ในสารตัวอย่าง จากนั้นนำค่า %cytotoxicity มาคำนวณหาค่า IC_{50} โดยใช้โปรแกรม GraphPad Prism 5.0

3. การทดสอบฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อรา *C. albicans* และแบคทีเรีย *S. mutans*

นำสารสกัดของเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ ได้แก่ CNSL, Calcium anacardate และ Anacardic acid ไปทดสอบฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อ *C. albicans* (ATCC 10231) และ *S. mutans* (ATCC 25175T) ที่ถูกเลี้ยงในอาหารเลี้ยงเชื้อ Mueller hinton agar โดยใช้วิธี Agar well diffusion method เทียบกับสารมาตรฐาน fluconazole ในการทดสอบการยับยั้งเชื้อ *C. albicans* และ Chlorhexidine ซึ่งเป็น Gold standard (Jones, 1997) ในการทดสอบการยับยั้งเชื้อ *S. mutans* และไดเมทิลซัลฟอกไซด์ (Dimethylsulfoxide; DMSO) โดยวิธีนี้ใช้การวัด Inhibition halo จากเส้นผ่านศูนย์กลางที่เกิดขึ้นจาก Clear zone ซึ่งเกิดจากการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการทดลองแสดงข้อมูลในรูปของค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทดสอบ โดยดำเนินการทดลองซ้ำจำนวน 3 ครั้ง สำหรับแต่ละการทดสอบ โดยใช้ one-way ANOVA สำหรับวิเคราะห์ค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS statistic version 22

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมกรรมการแพทย์ หมายเลขรับรอง 1/2566 รหัสโครงการวิจัย 2/2566

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบ %cytotoxicity และ IC_{50} ของสารสกัดจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์กับ Doxorubicin ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบ %cytotoxicity และ IC₅₀ ของสารสกัดจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ กับ Doxorubicin

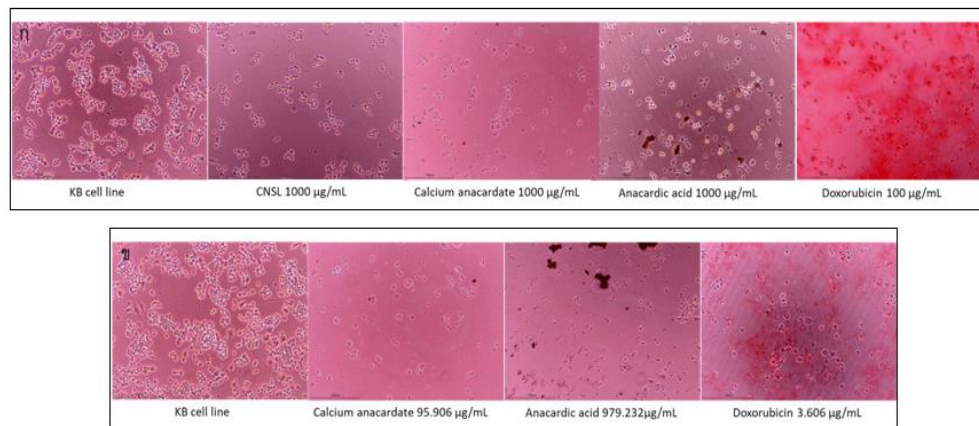
สาร	%cytotoxicity			IC ₅₀		
	ค่าเฉลี่ย %cytotoxicity	p-value	Post hoc	ค่าเฉลี่ย IC ₅₀	p-value	Post hoc
Cashew nut shell liquid	11.35±0.59	<0.001	DMSO<Cashew nut shell liquid	N/A	N/A	Doxorubicin<Calcium anacardate
Calcium anacardate	80.94±0.60	0.162	<Anacardic acid	95.90±0.43	<0.001	anacardate<Anacardic acid
Anacardic acid	53.56±0.59	<0.001	acid<Calcium anacardate<Doxorubicin	979.23±3.24	<0.001	
Doxorubicin	82.12±0.44			3.60±0.01		
DMSO	3.82±0.01	<0.001		N/A	N/A	

ตัวย่อ IC₅₀, half maximal inhibitory concentration; DMSO, dimethyl sulfoxide

จากตาราง 1 พบว่า การทดสอบฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งช่องปาก ด้วยวิธี MTT assay โดยในส่วนของ Primary screening หา %cytotoxicity พบว่า calcium anacardate มี %cytotoxicity สูงที่สุด 80.94 ± 0.60 รองลงมาคือ Anacardic acid 53.56 ± 0.59 และ Cashew nut shell liquid (CNSL) ต่ำที่สุด 11.35 ± 0.23 เทียบกับ Positive control doxorubicin 82.12 ± 0.44 เมื่อนำข้อมูลเข้าผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) จึงนำมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งห้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการวิเคราะห์ Post hoc ด้วยวิธี Tukey HSD พบว่า กลุ่ม Doxorubicin และ Calcium anacardate ให้ค่า %cytotoxicity ใกล้เคียงกัน และ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) กลุ่ม Anacardic acid ให้ค่า %cytotoxicity รองลงมา โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากกลุ่ม Doxorubicin และ Calcium anacardate ($p < 0.001$) กลุ่ม CNSL ให้ค่าความเป็นพิษต่ำกว่าทุกกลุ่ม และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจาก Anacardic acid, Calcium anacardate และ Doxorubicin ($p < 0.001$) กลุ่มควบคุมลบ (Negative control) DMSO มีค่าความเป็นพิษต่ำสุด และแตกต่างจากทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากนั้นได้นำสารที่มีค่า %cytotoxicity ที่มากกว่า 50% ไปทดสอบหาค่า IC₅₀ พบว่า Calcium anacardate มีค่าอยู่ที่ 95.90 ± 0.43 µg/mL(p) และ Anacardic acid มีค่าอยู่ที่ 979.23 ± 3.24 µg/mL เทียบกับ Positive control doxorubicin อยู่ที่ 3.60 ± 0.01 µg/mL เมื่อนำข้อมูลเข้าผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) จึงนำมาวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสามแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการวิเคราะห์ Post Hoc ด้วยวิธี Tukey HSD พบว่า ค่า IC₅₀ ของกลุ่ม Doxorubicin มีความแตกต่างจากทั้ง Calcium anacardate และ Anacardic acid อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่ม Calcium anacardate และ Anacardic acid ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปว่า สาร Doxorubicin มีประสิทธิภาพสูงสุดในการยับยั้งเซลล์มะเร็งช่องปาก ตามด้วย Calcium anacardate ส่วน Anacardic acid มีประสิทธิภาพรองลงมา และ Cashew nut shell liquid มีประสิทธิภาพต่ำที่สุด



ภาพ 3 ภาพถ่ายเซลล์ไลน์มะเร็งช่องปาก หลังได้รับสารทดสอบเป็นเวลา 24 ชั่วโมง กำลังขยาย 200 เท่า

ก ผลการทดสอบ %cytotoxicity ซึ่งเป็น Primary screening โดยใช้ Doxorubicin เป็น Positive control ที่ความเข้มข้น 100 ppm เทียบกับ CNSL Calcium anacardate และ Anacardic acid ที่ความเข้มข้น 1,000 ppm

ข ภาพถ่ายเซลล์ หลังทดสอบหาค่าความเข้มข้นที่มีผลต่อการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเซลล์ที่ 50% (IC_{50})

2. ผลการทดสอบฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อรา *C. albicans* และแบคทีเรีย *S. mutans* ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบ Inhibition halo ของสารสกัดจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ ในการยับยั้งเชื้อ *Candida albicans* กับ fluconazole และ *Streptococcus mutans* กับ 2% chlorhexidine

Microbial สาร	<i>Candida albicans</i>		<i>Streptococcus mutans</i>	
		Inhibition halo (mm.)	Inhibition halo (mm.)	p-value
CNSL (µg/mL)	1,000	<6	N/A	
	5,000	<6	16±0.5	<0.001
	10,000	<6	18±0.5	<0.001
Calcium anacardate (µg/mL)	1,000	<6	N/A	
	5,000	<6	11±0.5	<0.001
	10,000	<6	13±1	<0.001
Anacardic acid (µg/mL)	1,000	<6	N/A	
	5,000	<6	17.5±0.5	<0.001
	10,000	<6	18±0.5	<0.001
Fluconazole 250 µg/mL		26±1	N/A	
2% CHX		N/A	31±0.5	
10% DMSO		<6	<6	

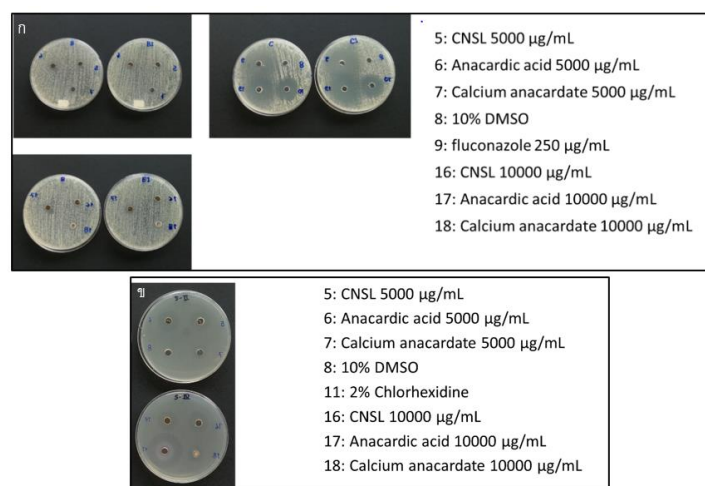
ตัวย่อ CNSL, cashew nut shell liquid; DMSO, dimethyl sulfoxide; CHX, chlorhexidine

จากตาราง 2 แสดงผลการทดสอบฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อรา *C. albicans* และแบคทีเรีย *S. mutans* โดยการทดสอบฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อรา *C. albicans* ทดสอบสาร CNSL, calcium anacardate และ anacardic acid ที่ความเข้มข้น 1000, 5000, 10,000 µg/mL และ Fluconazole ที่ 250 µg/mL พบว่า Inhibition halo

มีค่าน้อยกว่า 6 มิลลิเมตร ขณะที่ Positive control มีค่า 26 ± 1 มิลลิเมตร ดังนั้น สารสกัดจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ไม่มีฤทธิ์ในการต้านเชื้อรา *C. albicans*

การทดสอบฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *S. mutans* โดยทดสอบ Cashew nut shell liquid, Calcium anacardate และ Anacardic acid ที่ความเข้มข้น 5,000, 10,000 $\mu\text{g/mL}$ และ 2% chlorhexidine พบว่า 2% Chlorhexidine มี Inhibition halo มากที่สุดคือ 31 ± 0.5 มิลลิเมตร รองลงมาคือ Anacardic acid และ CNSL ที่ความเข้มข้น 10,000 $\mu\text{g/mL}$ มี Inhibition halo 18 ± 0.5 มิลลิเมตร Anacardic acid ที่ความเข้มข้น 5,000 $\mu\text{g/mL}$ มี Inhibition halo 17.5 ± 0.5 มิลลิเมตร CNSL ที่ความเข้มข้น 5,000 $\mu\text{g/mL}$ มี Inhibition halo 16 ± 0.5 มิลลิเมตร และ Calcium anacardate ที่ความเข้มข้น 10,000 $\mu\text{g/mL}$ มี Inhibition halo 13 ± 1 มิลลิเมตร Calcium anacardate ที่ความเข้มข้น 5,000 $\mu\text{g/mL}$ มี Inhibition halo 11 ± 0.5 มิลลิเมตร และ 10% DMSO มี Inhibition halo < 6 มิลลิเมตร ตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลเข้าผ่านโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ผลการวิเคราะห์ One-way ANOVA พบว่า ขนาดของวงยับยั้งเชื้อ *S. mutans* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Tukey HSD พบว่า 2% Chlorhexidine มีขนาดวงยับยั้งเชื้อเฉลี่ยสูงที่สุด และแตกต่างจากทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) กลุ่ม Anacardic acid ทั้งความเข้มข้น 5,000 และ 10,000 $\mu\text{g/mL}$ แตกต่างจากกลุ่ม Calcium anacardate และ DMSO อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่ม CNSL ทั้งความเข้มข้น 5,000 และ 10,000 $\mu\text{g/mL}$ อย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) กลุ่ม Calcium anacardate ให้ค่าการยับยั้งต่ำที่สุด และแตกต่างจากกลุ่ม CNSL และ Anacardic acid อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) กลุ่มควบคุมลบ (Negative control) DMSO ไม่มีฤทธิ์ยับยั้งเชื้อ และแตกต่างจากทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า Anacardic acid และ CNSL มีศักยภาพในการยับยั้งเชื้อ *S. mutans* ได้ดี โดยเฉพาะในความเข้มข้นสูง



ภาพ 4 ก. การทดสอบการยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ *Candida albicans* ที่ความเข้มข้น 1,000, 5,000, และ 10,000 ppm

ข. การทดสอบการยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ *Streptococcus mutans* ที่ความเข้มข้น 5,000 และ 10,000 ppm

อภิปรายผล

งานวิจัยชิ้นนี้ได้ทำการศึกษาศาสตรสกัดจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ ที่มาจากจังหวัดจันทบุรี โดยทำการหาปริมาณสารสำคัญ Anacardic acid และสารสำคัญในรูปแบบเกลือ Calcium anacardate เพื่อนำมา

ทดสอบฤทธิ์ความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งช่องปาก ชนิด Human oral cavity carcinoma (KB) cell line และนำมาทดสอบฤทธิ์การต้านจุลชีพ 2 ชนิด คือ *C. albicans* และ *S. mutans*

สารที่นำมาทดสอบได้แก่ CNSL anacardic acid และ Calcium anacardate การทดสอบความเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งช่องปาก Human oral cavity carcinoma (KB) cell line เมื่อเทียบกับ doxorubicin สารทั้ง 3 ชนิด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดย Doxorubicin มีประสิทธิภาพสูงสุดในการยับยั้งเซลล์มะเร็งช่องปาก ตามด้วย Calcium anacardate ส่วน Anacardic acid มีประสิทธิภาพรองลงมา และ Cashew nut shell liquid มีประสิทธิภาพต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Legut, Lipka, Filipczak, Piwoni, Kozubek, & Gubernator (2014); Tan, Jiang, Yin, He, Liu, Long, et al (2017); Park, Upton, Blackmon, Dixon, Craver, Neal, et al (2018) และ Zhao, Zhang, Cai, Zhang, Kong, Ge, et al (2018) ที่พบว่า Anacardic acid สามารถมีฤทธิ์ในการยับยั้งเซลล์มะเร็ง

Kishore, Vedomurthy, Mantelingu, Agrawal, Reddy, Roy, et al (2008) รายงานว่า Anacardic acid ช่วยเพิ่มกิจกรรมของ Aurora kinase A ผ่านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง สารประกอบนี้ออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็งของมนุษย์โดยการยับยั้ง histone acetyltransferase (HAT) นอกจากนี้ CNSL, Anacardic acid และอนุพันธ์พบว่าสามารถยับยั้งเนื้องอก โดยทำให้ไม่เกิดการกลายพันธุ์สูงถึง 0.003% (George & Kuttan, 1997)

จากการทดสอบฤทธิ์การต้านเชื้อรา *C. albicans* พบว่าสารทั้ง 3 ชนิด ไม่มีความสามารถในการยับยั้งเชื้อราชนิด *C. albicans* ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Da Silva, Liberio, do Amaral, do Nascimento, Torres, Neto, et al (2016) ที่พบว่า สามารถยับยั้งเชื้อราชนิด *C. albicans* ได้ แต่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sudjaroen (2018) และ Ajileye, Obuotor, Akinkunmi, & Aderogba (2015) อาจเป็นเพราะความแตกต่างของสายพันธุ์เชื้อรา รวมถึงถิ่นปลูกของมะม่วงหิมพานต์ที่มีสภาพดิน น้ำ สภาพอากาศ ที่มาจากแหล่งที่มาที่แตกต่างกันทำให้ผลวิจัยที่ได้มีความแตกต่างกัน

จากการทดสอบฤทธิ์การต้านเชื้อแบคทีเรีย *S. mutans* พบว่าสารสกัดจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ทั้ง 3 ชนิด ใน 2 ความเข้มข้นที่นำมาทดสอบ เปรียบเทียบกับ 2% Chlorhexidine ที่มีฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียได้ดี ตามงานวิจัยของ Poppolo & Ouanounou (2022) เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า 2% Chlorhexidine มีความสามารถในการยับยั้งแบคทีเรียได้มากที่สุดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) รองลงมาจะเป็นกลุ่มของ CNSL และ Anacardic acid และสุดท้ายคือกลุ่มของ Calcium anacardate ซึ่งสามารถยับยั้งแบคทีเรียได้น้อยกว่า 2 กลุ่มแรก แต่อย่างไรก็ตาม สารสกัดจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ทั้ง 3 ชนิดซึ่งได้แก่ CNSL calcium anacardate และ Anacardic acid มีความสามารถในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียชนิด *S. mutans*

Murata, Irie, & Homma (1997) รายงานว่า กรดอนาคาร์ดิกป้องกันการสังเคราะห์ไขมันในเซลล์แบคทีเรียโดยการยับยั้งเอนไซม์ glycerol-3-phosphate dehydrogenase และ Muroi & Kubo (1996) เสนอว่ากรดอนาคาร์ดิกทำหน้าที่เป็นสารลดแรงตึงผิว ทำให้เกิดการรบกวนเยื่อหุ้มแบคทีเรีย ตามมาด้วยการขัดขวางที่ electron transport chain และ ATPase ซึ่งส่งผลให้เกิดการยับยั้งห่วงโซ่ทางเดินหายใจ

อย่างไรก็ตาม Anacardic acid สามารถใช้ในรูปแบบของ calcium anacardate ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์เกลือแคลเซียมที่เกิดจากการตกตะกอนของของเหลวจากเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ด้วยแคลเซียมไฮดรอกไซด์ ซึ่งผลิตภัณฑ์นี้สามารถใช้ในสิ่งมีชีวิตได้ง่ายกว่าเนื่องจากอยู่ในรูปแบบผงและไม่เป็นพิษ (Cruz, Freitas, Braz, Salles, & Silva, 2018)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. Anacardic acid มีฤทธิ์ที่ดีในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *S. mutans* ซึ่งมีความน่าสนใจที่จะนำไปพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ทางเลือกให้กับผู้บริโภคต่อไปในอนาคต

2. Calcium anacardate มีฤทธิ์ที่ดีในการยับยั้งเซลล์มะเร็งช่องปาก Human oral cavity carcinoma (KB) cell line ซึ่งควรจะมีการทดสอบความเป็นพิษเทียบกับ oral cell ปกติ รวมถึงมะเร็งช่องปากชนิดอื่นๆ ซึ่งมีความน่าสนใจที่จะนำไปพัฒนาเป็นยาทางเลือกให้กับผู้ป่วยโรคต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

1. เนื่องจากงานวิจัยนี้ใช้เปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์ที่มาจากแหล่งเดียว ซึ่งปัจจัยจากแหล่งปลูกไม่ว่าจะเป็น ดิน หรือ น้ำ สภาพอากาศ อาจจะมีผลต่อชนิด และปริมาณสารสำคัญ รวมถึงฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อจุลินทรีย์ และฤทธิ์ในการยับยั้งเซลล์มะเร็งในช่องปากได้ ซึ่งหากมีการพัฒนาต่อควรจะนำเปลือกเมล็ดมะม่วงหิมพานต์จากแหล่งอื่นมาวิเคราะห์

2. สารสกัด Calcium anacardate ละลายได้ค่อนข้างยาก หากมีการปรับเปลี่ยนหมู่ Metal เป็น Sodium หรือ Potassium ค่าการละลายน่าจะดีขึ้นทำให้สามารถนำไปใช้ในรูปแบบผลิตภัณฑ์ได้ง่ายขึ้น

3. Calcium anacardate มีฤทธิ์ที่ดีในการยับยั้งเซลล์มะเร็งช่องปาก ควรจะมีการทดสอบความเป็นพิษเทียบกับ เซลล์ปกติในช่องปาก รวมถึงมะเร็งช่องปากชนิดอื่น ๆ

Reference

- Ajileye, O. O., Obuotor, E. M., Akinkunmi, E. O., & Aderogba, M. A.. (2015). Isolation and characterization of antioxidant and antimicrobial compounds from *Anacardium occidentale* L. (Anacardiaceae) leaf extract. *Journal of King Saud University*, 27(3), 244-52.
- Cruz, C., Freitas, E., Braz, N., Salles, R., & Silva, I. (2018). Blood parameters and enzymatic and oxidative activity in the liver of chickens fed with calcium anacardate. *Revista ciência Agrônômica*, 49(2).
- D'Angelo, N. A., Noronha, M. A., Câmara, M. C. C., Kurnik, I. S., Feng, C., Araujo, et al. (2022). Doxorubicin nanoformulations on therapy against cancer: An overview from the last 10 years. *Biomaterials Advances*, 133, 112623.
- Da Silva, R. A., Liberio, S. A., do Amaral, F. M. M., do Nascimento, F. R. F., Torres, L. M. B., Neto, V. M., et al. (2016). Antimicrobial and antioxidant activity of *anacardium occidentale* flowers in comparison to bark and leaves extracts. *Journal of Biosciences and Medicines*, 4, 87-99.
- De Oliveira, S. N., Cunha, D. A., Sousa, R. N., Bezerra, T. T., Lomonaco, D., Mazzetto, S. E., Martins, C. H. G., Casemiro, L. A., & de Paulo, A. S. V. (2022). Physicochemical and microbiological assessment of a dental adhesive doped with cashew nut shell liquid. *Odontology*, 110(3), 434-443.
- George, J. & Kuttan, R. (1997). Mutagenic, carcinogenic and cocarcinogenic activity of cashewnut shell liquid. *Cancer Letters*, 112(1), 11-16.
- Gutiérrez-Venegas, G., Sánchez-Carballido, M. A., Delmas, S. C., Gómez-Mora, J. A., & Bonneau, N. (2020). Effects of flavonoids on tongue squamous cell carcinoma. *Cell Biology International*, 44(3), 686-720.
- Hamad, F. B. & Mubofu, E. B. (2015). Potential biological applications of bio-based anacardic acids and their derivatives. *International Journal of Molecular Sciences*, 16(4), 8569-8590.

- Johnson, M. C., Bozzola, J. J., & Shechmeister, I. L. (1974). Morphological study of streptococcus mutans and two extracellular polysaccharide mutants. *Journal of Bacteriology*, 118(1), 304–311.
- Jones C. G. (1997). Chlorhexidine: is it still the gold standard?. *Periodontology 2000*, 15, 55–62.
- Kishore, A. H., Vedamurthy, B. M., Mantelingu, K., Agrawal, S., Reddy, B. A., Roy, S., et al. (2008). Specific small-molecule activator of aurora kinase a induces autophosphorylation in a cell-free system. *Journal of Medicinal Chemistry*, 51(4), 792–797.
- Legut, M., Lipka, D., Filipczak, N., Piwoni, A., Kozubek, A., & Gubernator, J. (2014). Anacardic acid enhances the anticancer activity of liposomal mitoxantrone towards melanoma cell lines - in vitro studies. *International Journal of Nanomedicine*, 9, 653–668.
- Loesche, W. (2007). Dental caries and periodontitis: contrasting two infections that have medical implications. *Infectious Disease Clinics of North America*, 21(2), 471–vii.
- Murata, M., Irie, J., & Homma, S. (1997). Inhibition of lipid synthesis of bacteria, yeast and animal cells by anacardic acids, glycerol-3-phosphate dehydrogenase inhibitors from ginkgo. *LWT- Food Science and Technology*, 30(5), 458–63.
- Muroi, H. & Kubo, I. (1996). Antibacterial activity of anacardic acid and totarol, alone and in combination with methicillin, against methicillin-resistant Staphylococcus aureus. *The Journal of Applied Bacteriology*, 80(4), 387–394.
- Paramashivappa, R., Kumar, P. P., Vithayathil, P. J., & Rao, A. S. (2001). Novel method for isolation of major phenolic constituents from cashew (Anacardium occidentale L.) nut shell liquid. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, 49(5), 2548–2551.
- Park, M., Upton, D., Blackmon, M., Dixon, V., Craver, S., Neal, et al. (2018). Anacardic acid inhibits pancreatic cancer cell growth, and potentiates chemotherapeutic effect by Chmp1A - ATM - p53 signaling pathway. *BMC complementary and alternative medicine*, 18(1), 71.
- Poppolo, D. F. & Ouanounou, A. (2022). Chlorhexidine in dentistry: pharmacology, uses, and adverse effects. *International Dental Journal*, 72(3), 269–277.
- Sudjaroen, Y. (2018). Inappropriate of in vitro antimicrobial and anticancer activities from cashew (Anacardium occidentale L.) nut shell extracts. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 9(1), 33–38
- Talapko, J., Juzbašić, M., Matijević, T., Pustijanac, E., Bekić, S., Kotris, I., & Škrlec, I. (2021). *Candida albicans*-the virulence factors and clinical manifestations of infection. *Journal of Fungi (Basel,Switzerland)*, 7(2), 79.
- Tan, J., Jiang, X., Yin, G., He, L., Liu, J., Long, et al, (2017). Anacardic acid induces cell apoptosis of prostatic cancer through autophagy by ER stress/DAPK3/Akt signaling pathway. *Oncology Reports*, 38(3), 1373–1382.
- Zhao, Q., Zhang, X., Cai, H., Zhang, P., Kong, D., Ge, et al, (2018). Anticancer effects of plant derived anacardic acid on human breast cancer mda-mb-231 cells. *American Journal of Translational Research*, 10(8), 2424–24.

การพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัย
ครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล

Development of a Community-Based Learning Model to Promote Holistic
Family Health Nursing Care of Nursing Students

เจตจรรยา บุญญกุล¹, วิภา สุวรรณรัตน์^{2*}, สุพัสจี เดชทิพย์พรพงศ์² และ สมฤดี พุนทอง²

Jatjunya Bunyakul¹, Wipa Suwannarat^{2*}, Supussajee Detthippornpong² and Somrudee Poontong²

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ

Faculty of Nursing, Thaksin University

(Received: February 20, 2025; Revised: May 2, 2025; Accepted: May 26, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2567 การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การพัฒนาารูปแบบ และ 3) การประเมินผลรูปแบบกลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2567 แบ่งเป็นกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 และกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2 จำนวนกลุ่มละ 23 ราย ศิษย์เก่า 6 ราย อาจารย์ผู้สอน 3 ราย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์การจัดการเรียนรู้ยังขาดคู่มือแนวปฏิบัติ และสื่อสนับสนุนที่ชัดเจน ส่งผลต่อความเข้าใจและทักษะของนิสิต อาจารย์มีความแตกต่างด้านประสบการณ์และเทคนิคการสอน ทำให้กระบวนการเรียนการสอนไม่เป็นระบบ ขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีประสบการณ์สูงแต่ภารกิจจำกัด ส่งผลต่อการสนับสนุนและการฝึกปฏิบัติ ตลอดจนขาดเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น ทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบการเรียนรู้แบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้างความสามารถของนิสิตให้ปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) รูปแบบการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ กระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และการประเมินผล 3) ผลการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมหลังการฝึกปฏิบัติมีการพัฒนาที่ชัดเจนในทุกด้าน กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 มีการพัฒนาเด่นในด้านความรู้ 2.91 ($\sigma=0.63$) เป็น 3.68 ($\sigma=0.46$) และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 3.13 ($\sigma=0.66$) เป็น 3.82 ($\sigma=0.37$) ขณะที่กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2 แสดงการพัฒนาเด่นในทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข 3.29 ($\sigma=0.97$) เป็น 3.77 ($\sigma=0.32$) และทักษะทางปัญญา 2.94 ($\sigma=0.81$) เป็น 3.42 ($\sigma=0.49$) การรับรู้การพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมทั้งสองกลุ่มมีการพัฒนาในทุกด้านหลังการเรียน นอกจากนี้นิสิตพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในระดับสูงทุกด้านและโดยรวมในกลุ่มที่ 1 ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.47 ($\sigma=0.56$) และ 4.58 ($\sigma=0.57$) ในกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ ส่วนอาจารย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังฝึกปฏิบัติในทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ 4.93 ($\sigma=0.12$) และ 5.00 ($\sigma=0.00$) ตามลำดับ

การพัฒนาารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานต้องการความร่วมมือและการทำงานเป็นทีมระหว่างสถาบันการศึกษา สถานบริการ และชุมชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ โดยควรปรับปรุงรูปแบบการเรียนรู้ให้มีความหลากหลาย และนำเทคโนโลยีเข้ามาประยุกต์ใช้เพื่อตอบสนองความต้องการของนิสิตพยาบาล

คำสำคัญ: การเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, ปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม, นิสิตพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: wipa.s@tsu.ac.th)

Abstract

This participatory action research aims to develop a community-based learning model in this Practicum in Community Nursing and Basic Medical Care to promote holistic family health nursing care for nursing students. Data collection was conducted from May to October 2024. The study was divided into three phases: (1) situation analysis, (2) model development, and (3) model evaluation. The population and sample group comprised fourth-year nursing students in the academic year 2024, who were divided into two practice groups of 23 each, along with 6 alumni, 3 instructors, and 2 staff members from the Community Health Promotion Hospital. The sample was purposively selected, and data were collected through both qualitative and quantitative methods by utilizing questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The research findings are as follows: 1. The current management of community health nursing practice is hindered by the lack of clear practice manuals and supporting media, which impairs students' understanding and skills. Instructors have varying levels of experience and teaching techniques, resulting in an unstructured learning process. Meanwhile, local hospital staff have extensive experience but limited availability, which impacts their support and training of nursing students. Additionally, the lack of appropriate tools and equipment further hampers practical training. Overall, this highlights the need to develop an integrated learning system to enhance students' competencies and enable effective real-world practice, 2. The developed learning model consists of requirements for learning outcomes, community-based teaching management processes, and evaluation criteria, and 3. The results of learning based on the community-based model showed that nursing students demonstrated significant improvements in holistic family health nursing practices across all aspects after the training. The practice group 1 showed notable improvements in knowledge, increasing from a mean score of 2.91 ($\sigma=0.63$) to 3.68 ($\sigma=0.46$), and in interpersonal relationship skills, from 3.13 ($\sigma=0.66$) to 3.82 ($\sigma=0.37$). Meanwhile, practice group 2 demonstrated significant development in quantitative analysis skills, from 3.29 ($\sigma=0.97$) to 3.77 ($\sigma=0.32$), and cognitive skills, from 2.94 ($\sigma=0.81$) to 3.42 ($\sigma=0.49$). nursing students have a high level of satisfaction with community-based learning management in all aspects and overall, with mean scores of 4.47 ($\sigma=0.56$) in Group 1 and 4.58 ($\sigma=0.57$) in Group 2. Additionally, instructors and health staff expressed satisfaction after the training, with mean scores of 4.93 ($\sigma=0.12$) and 5.00 ($\sigma=0.00$), respectively.

The development of a community-based learning model requires close collaboration and teamwork among educational institutions, service facilities, and communities to enhance learning effectiveness. It is also essential to diversify learning approaches and incorporate technology to meet the needs of nursing students.

Keywords: community-based learning, holistic family health nursing, nursing students

บทนำ

การพยาบาลอนามัยครอบครัวเป็นแนวทางการดูแลที่มุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพแก่ทั้งครอบครัว โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ โดยพัฒนาจากการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวเฉพาะบุคคลไปสู่การดูแล

ที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งสี่มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งการบรรลุ/หรือเกิดประสิทธิภาพตามความคาดหวังดังกล่าว พยาบาลอนามัยครอบครัวซึ่งมีคุณลักษณะเด่น เช่น การดูแลสุขภาพเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การให้คำปรึกษาและดูแลครอบครัวในทุกช่วงวัย มีความสามารถในการปรับตัวและเข้าใจความเป็นองค์รวม รวมถึงปัจจุบันสังคมไทยเผชิญความท้าทายหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวที่มีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านเพียงลำพัง และเด็กและเยาวชนได้รับการดูแลเอาใจใส่น้อยลง (Rittikoo, 2018) ซึ่งมีความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลาย (Fongkoet, Phukritsana, & Tantalunukoon, 2016) จึงมีความต้องการพยาบาลที่มีความรู้และสมรรถนะในการดูแลสุขภาพครอบครัวจึงเพิ่มขึ้นอย่างมาก เพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถดำรงชีวิตในสังคมผู้สูงวัยได้อย่างมีคุณภาพ

การเรียนการสอนในสาขาการพยาบาลปัจจุบันมีข้อจำกัดหลายประการที่ส่งผลต่อการพัฒนาพยาบาลให้มีสมรรถนะในการดูแลครอบครัวอย่างเต็มที่ ข้อจำกัดหลักๆ การเน้นการเรียนรู้แบบทฤษฎีมากเกินไปทำให้ผู้เรียนขาดประสบการณ์ตรงในการดูแลครอบครัวในสถานการณ์จริง ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาในชีวิตจริง (Aydin & Hiçdurmaz, 2019) การขาดประสบการณ์เชิงปฏิบัติในชุมชนซึ่งเป็นบริบทที่สำคัญมากในการเข้าใจความต้องการและบริบทเฉพาะของครอบครัวในท้องถิ่น (Angel, Duffey, & Belyea, 2000) ข้อจำกัดนี้ส่งผลให้พยาบาลอาจไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับ ความซับซ้อนและความเปลี่ยนแปลงของบริบทครอบครัวในยุคปัจจุบันได้ดีเท่าที่ควร เพื่อแก้ไขปัญหานี้การนำการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based learning) มาใช้ ซึ่งเป็นแนวทางการเรียนรู้ซึ่งเน้นให้ผู้เรียนเข้าไปมีส่วนร่วมในบริบทชุมชนจริง ๆ เพื่อเข้าใจความต้องการและปัญหาเฉพาะของครอบครัวในแต่ละพื้นที่ วิธีนี้จะช่วยเสริมสร้างสมรรถนะและความสามารถในการดูแลครอบครัวอย่างเหมาะสม ผู้เรียนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ (Aydin & Hiçdurmaz, 2019; Takase & Teraoka, 2011)

การจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based learning: CBL) เป็นรูปแบบที่เน้นให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติในชุมชนจริง เพื่อเข้าใจความซับซ้อนและความต้องการเฉพาะของชุมชนและครอบครัว การเรียนรู้ในลักษณะนี้ช่วยให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งส่งเสริมทักษะสังคม การทำงานเป็นทีม และความรับผิดชอบต่อสังคม (Uppanan, 2021) การเรียนรู้ในลักษณะนี้ไม่เพียงแต่ช่วยพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาล แต่ยังส่งเสริมการสร้าง ความเข้มแข็งของชุมชนอย่างยั่งยืน (Rittikoo, 2018) ดังการศึกษาของ Piwpong, Chaiwong, Bunmee, Khongruangrat, Hormneam, & Sonwicha (2022) เรื่องการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า ผู้เรียนมีระดับการรับรู้ทักษะในศตวรรษที่ 21 อยู่ในระดับสูงและมีความพึงพอใจในกระบวนการเรียนรู้แบบ CBL ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนการสอนช่วยพัฒนาทักษะและเสริมสร้างความเข้าใจเชิงลึกของนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุดังกล่าว ทีมอาจารย์ผู้สอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น จึงได้พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่มีความยืดหยุ่นและสามารถปรับตัวให้เข้ากับความต้องการของผู้เรียนและชุมชนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล โดยมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในทุกด้าน และเสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลอย่างครบถ้วนและมีคุณภาพ (Li, Yang, & Jing, 2022) ส่งผลให้นิสิตพยาบาลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการทำงานในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการของสังคมและชุมชน

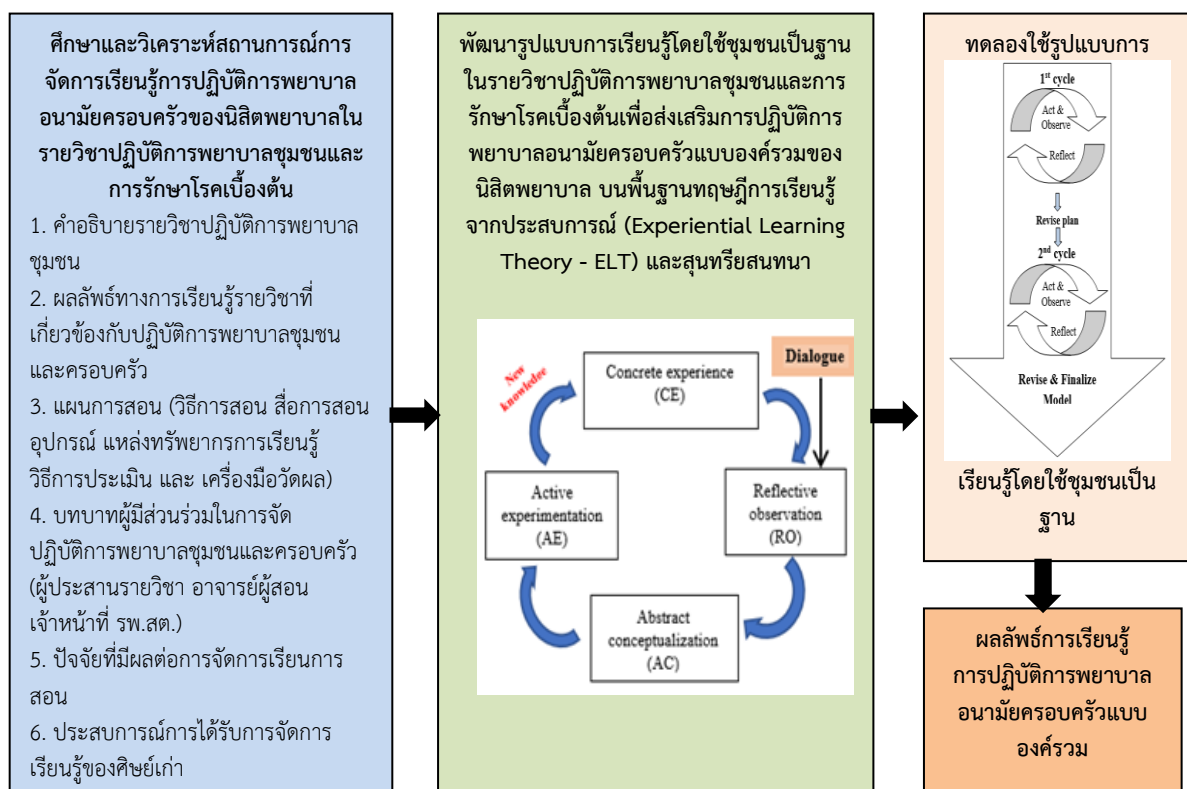
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนรู้การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัว
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล

3. เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานพัฒนาขึ้นผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ผ่านการมีส่วนร่วมของทีมอาจารย์ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลิ่งชัน ในการศึกษาครั้งนี้จะบูรณาการทฤษฎีการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning theory - ELT) (Kolb, 1984) และสุนทรียสนทนาซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของจิตตปัญญาศึกษา (Contemplative education) (Isaacs, 1999) เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action research (Kemmis & Mc Taggart, 1988)

กลุ่มเป้าหมาย (Target area) คือ หมู่ที่ 3 และ หมู่ที่ 9 ตำบลบ้านพร้าว เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมและอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลิ่งชัน ซึ่งสนับสนุนการฝึกปฏิบัติและการพัฒนาการเรียนรู้ของนิสิตพยาบาล ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนรู้การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยศิษย์เก่าคณะพยาบาลศาสตร์ 6 ราย ที่จบการศึกษาในปีการศึกษา 2566 และมีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง, เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ราย ที่มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านและยินดีเข้าร่วมการศึกษา, และอาจารย์ผู้สอน 3 รายที่มี

ประสบการณ์การสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและครอบครัวอย่างน้อย 1 ปี เป็นอาจารย์ในมหาวิทยาลัยทักษิณ 1 ราย และอาจารย์พยาบาลจากต่างมหาวิทยาลัย 2 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับศิษย์เก่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาจารย์ผู้สอน 2) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (In-depth interview guide) สำหรับศิษย์เก่า 3) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สำหรับอาจารย์ผู้สอน และ 4) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of objective-item congruence: IOC) ได้ค่าเท่ากับ 1.00 ทั้ง 3 ฉบับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสภาพปัญหา การดำเนินการประกอบด้วย 1) การประชุมร่วมกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาและอาจารย์ผู้สอนรวม 4 ราย เพื่อวิเคราะห์วิธีการและผลลัพธ์ทางการเรียนรู้ 2) การสัมภาษณ์ศิษย์เก่า 6 ราย ที่สำเร็จการศึกษาฝึกปฏิบัติการในปีการศึกษา 2566 3) การสัมภาษณ์อาจารย์ผู้สอน 3 ราย เกี่ยวกับแผนการสอนและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการเรียนการสอน 4) การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ราย เพื่อศึกษาบทบาทและส่วนร่วมในการให้บริการการพยาบาลอนามัยครอบครัว และ 5) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัว รวมถึงการประชุมกลุ่มร่วมกับผู้มีส่วนร่วมเพื่อสรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ซึ่งทั้งหมดนี้จะนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ 1) การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) ให้เป็นระเบียบ 2) การแสดงข้อมูล (Data display) นำเสนอข้อมูลให้เข้าใจง่าย และ 3) การหาข้อสรุป การตีความ และการตรวจสอบความถูกต้อง (Conclusion interpretation and verification) ผลลัพธ์ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ เพื่อหาการกระจายของข้อมูลในแต่ละกลุ่ม

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยอาจารย์ผู้สอน 3 ราย ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น (ทีมผู้วิจัย) ที่มีประสบการณ์การสอนและเทคนิคฝึกปฏิบัติอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลิ่งชัน 2 ราย ที่มีประสบการณ์ในการเยี่ยมบ้านและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัยในกรณีนี้ใช้วิธีตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, ผู้เชี่ยวชาญด้านการเรียนรู้แบบประสบการณ์ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล ทำการประเมินความเหมาะสมของเครื่องมือ รวมทั้งใช้ดัชนี IOC (Index of objective-item congruence) เพื่อวัดความสอดคล้องของแต่ละรายการในเครื่องมือ โดยพิจารณาจากข้อกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ กระบวนการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และการประเมินผล โดยได้ค่าดัชนี IOC เท่ากับ 1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการระหว่างวันที่ 16 - 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 มีการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล โดยมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อสร้างพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

2. นำผลจากการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนรู้จากระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Experiential learning theory: ELT) และกระบวนการสนทนา (Dialogue)

2.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับอาจารย์ผู้สอนเกี่ยวกับหลักการการพยาบาลครอบครัวแบบองค์รวม และกระบวนการจัดการเรียนรู้แบบประสบการณ์

2.2 ผู้วิจัย อาจารย์ผู้สอน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกันออกแบบและวางแผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

3. ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือการเรียนรู้สำหรับทั้งอาจารย์และนิสิตพยาบาล โดยประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม กระบวนการจัดการเรียนรู้แบบประสบการณ์ และการทำสนทนา

4. ผู้วิจัย อาจารย์ผู้สอน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือวัดและประเมินผล ได้แก่ 1) แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินทักษะการพยาบาลครอบครัวและชุมชนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ 2) แบบทดสอบ (ก่อน-หลัง) การรับรู้ด้านความรู้ ทักษะ และทักษะในการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ 46 ราย ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น ภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2567, อาจารย์ผู้สอน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ 3 ราย ที่มีประสบการณ์การสอนและนิเทศในรายวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 1 ปี และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลิ่งชัน 2 ราย ที่มีประสบการณ์ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัว อย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือการวิจัย คือ รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล โดยผู้วิจัยได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผ่านการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4

3. แนวคำถามกึ่งโครงสร้างแนวทางอภิปรายกลุ่ม สำหรับอาจารย์ผู้สอน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในระยะสะท้อนคิด ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1.00

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและประเมินผล ประกอบด้วย 1) แบบประเมินพฤติกรรมปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิต 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และ 3) แบบทดสอบ (ก่อนและหลัง) การรับรู้ในการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่สร้างและพัฒนาขึ้นได้รับการเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนรู้แบบประสบการณ์, และอาจารย์ด้านการวัดและประเมินผล เพื่อทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา

(Content validity) โดยใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of objective-item congruence: IOC) ซึ่งแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานและแบบทดสอบก่อนและหลัง การรับรู้ ด้านความรู้ ทักษะคิด และทักษะในการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 ทั้งสองชุด ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตได้รับการพัฒนาเพื่อตรวจสอบผลลัพธ์การเรียนรู้ใน 6 ด้าน ได้แก่ คุณธรรมจริยธรรม, ความรู้, ทักษะทางปัญญา, ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ, ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข, การสื่อสาร, การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ, และทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ โดยใช้มาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ที่ข้อความทุกข้อเป็นเชิงบวก การประเมินในแต่ละพฤติกรรมสามารถทำได้ตามเกณฑ์การประเมินแบบพิจารณาในรายละเอียด (Analytic rubric scoring) โดยผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินทักษะการพยาบาลครอบครัวและชุมชนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ในช่วง 0.87 - 0.96 (Oupra, Tanasuwan, Kantawong, Amattayakong, & Chaiwong, 2020)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อถือได้สูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการ PAOR ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan: P), การปฏิบัติตามแผน (Action: A), การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observe: O), และการสะท้อนผล (Reflect: R) (Kemmis & McTaggart, 1988) จำนวน 2 รอบ ดังนี้

รอบที่ 1 ทีมผู้วิจัย ประกอบด้วยอาจารย์ผู้สอน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋องชัน ได้ร่วมกันจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้นแก่นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 จำนวน 23 ราย ในช่วงเดือนกรกฎาคม- สิงหาคม พ.ศ. 2567 เป็นจำนวน 12 วัน คิดเป็น 96 ชั่วโมงของการฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 1: การวางแผน (Plan: P)

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋องชันเพื่อสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงรายละเอียดการจัดการเรียนการสอนและการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เลือกชุมชนพื้นที่หมู่ที่ 3 เป็นพื้นที่สำหรับศึกษาวิจัย

2. จัดประชุมร่วมกันกับ อาจารย์ผู้สอน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อวางแผนการจัดการเรียนการสอน โดยพิจารณาความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา และรายละเอียดการทำกิจกรรม

3. ประชุมปฐมนิเทศ ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือจากนิสิตพยาบาลในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย

4. นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ตอบแบบทดสอบการรับรู้ด้านความรู้ ทักษะคิด และทักษะในการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมก่อนการจัดการเรียนการสอน

ขั้นตอนที่ 2: การปฏิบัติตามแผน (Action: A) และขั้นตอนที่ 3: การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observe: O)

ทีมผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ การให้การพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม ตามแผนการจัดกิจกรรม ตาราง 1 และการประเมินผล ได้แก่ อาจารย์ผู้สอนประเมินพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิต ในการลงสำรวจ รวบรวมข้อมูลรายครอบครัวในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิต

ตาราง 1 กิจกรรมการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

สัปดาห์ที่	กิจกรรมการจัดการเรียนรู้
สัปดาห์ที่ 1: การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ (Concrete experience: CE)	1. สำรวจและทำแผนที่ชุมชน เก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทางกายภาพ ประชากร เศรษฐกิจ และภาวะสุขภาพ 2. เตรียมเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 3. เก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชน. 4. วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพชุมชนด้วยสถิติพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ 5. วินิจฉัยปัญหาของชุมชนและจัดลำดับความสำคัญ 6. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแบบมีส่วนร่วม 7. คัดเลือกครอบครัวสำหรับการพัฒนาและแก้ไขปัญหสุขภาพ
สัปดาห์ที่ 2: การสะท้อนการเรียนรู้/ทบทวนการเรียนรู้ (Reflective observation: RO)	1. ศึกษาข้อมูลครอบครัวเป้าหมายอย่างละเอียด 2. มอบหมายให้มีอาจารย์ที่ปรึกษาคอยดูแลครอบครัว 3. นิสิตพยาบาลและเจ้าหน้าที่เยี่ยมครอบครัวครั้งที่ 1 โดยใช้กระบวนการพยาบาล 4. สร้างกลุ่มไลน์สำหรับการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
สัปดาห์ที่ 3: การสรุปองค์ความรู้ (Abstract Conceptualization: AC)	1. นิสิตพยาบาลและเจ้าหน้าที่เยี่ยมครอบครัวครั้งที่ 2 โดยใช้กระบวนการพยาบาล 2. สะท้อนการเรียนรู้ผ่านการสนทนาในกลุ่ม โดยมีอาจารย์ควบคุมกระบวนการ 3. ออกแบบการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวแบบองค์รวมโดยใช้ Mild mapping 4. สรุปองค์ความรู้ใหม่จากการจัดการเรียนรู้เพื่อใช้ในอนาคต
สัปดาห์ที่ 4: การประยุกต์ใช้ความรู้ (Active experimentation: AE)	1. เยี่ยมครอบครัวครั้งที่ 3 เพื่อปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางที่ออกแบบไว้ และดำเนินกิจกรรมการดูแลส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพตามหลักองค์รวม 2. สรุปรูปแบบและชุดความรู้ทางการพยาบาลอนามัยครอบครัวเพื่อใช้ในสถานการณ์ต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมทั้ง 4 สัปดาห์ จะมีการประเมินผล ได้แก่ 1) อาจารย์ผู้สอนประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิต 2) ประเมินการรับรู้ด้านความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม หลังการจัดการเรียนการสอน และ 3) ประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ขั้นตอนที่ 4: การสะท้อนคิด (Reflect: R) และการปรับปรุง (Revising)

อาจารย์ผู้สอน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลิ่งชัน รวมถึงนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 จะร่วมกันสะท้อนคิด เสนอความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อปรับรูปแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น หลังจากนั้นจะมีการดำเนินการตามขั้นตอนเดียวกันกับนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2

รอบที่ 2 ทีมผู้วิจัยประกอบด้วย อาจารย์ผู้สอน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตลิ่งชัน (คนเดียวกับรอบ 1) ได้ร่วมกันจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้นกับ นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2 จำนวน 23 ราย ในช่วงเดือน กันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2567 เป็นจำนวน 12 วัน คิดเป็น 96 ชั่วโมงของการฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 1: การวางแผน (Plan: P)

1. เลือกชุมชน โดยเลือกพื้นที่หมู่ที่ 9 เป็นพื้นที่สำหรับศึกษาวิจัย
2. จัดประชุมร่วมกันกับอาจารย์ผู้สอน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อวางแผนการจัดการเรียนการสอนตามรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานที่ร่วมกันปรับปรุงจากรอบที่ 1

3. ประชุมปฐมนิเทศชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือจากนิสิตพยาบาลกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2 ในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัย

4. นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ทำแบบทดสอบการรับรู้ด้านความรู้ ทักษะ และทักษะในการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมก่อนการจัดการเรียนการสอน

ขั้นตอนที่ 2: การปฏิบัติตามแผน (Action: A) และขั้นตอนที่ 3: การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ (Observe: O)

ทีมผู้วิจัยจะสังเกตพฤติกรรมการเรียนรู้ การให้การพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม ตามแผนการจัดกิจกรรม และการประเมินผล ได้แก่ อาจารย์ผู้สอนประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิต ในการลงสำรวจ รวบรวมข้อมูลรายครอบครัวในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิต เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมทั้ง 4 สัปดาห์ จะมีการประเมินผล ได้แก่ 1) อาจารย์ผู้สอนประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิต 2) ประเมินความพึงพอใจต่อการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน 3) ประเมินการรับรู้ด้านความรู้ ทักษะ และทักษะในการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมหลังการจัดการเรียนการสอน

ขั้นตอนที่ 4: การสะท้อนคิด (Reflect: R) และการปรับปรุง (Revising)

ผู้วิจัยให้อาจารย์ผู้สอน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต๋องชัน และนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 จะร่วมกันสะท้อนคิดผ่านแนวคำถามถึงโครงสร้างแนวทางอภิปรายกลุ่ม รวมทั้งเสนอความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อปรับปรุงแบบการเรียนรู้ให้เหมาะสม

เมื่อได้รูปแบบการเรียนรู้ที่เหมาะสมแล้ว ผู้วิจัยจะทำการสรุปและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับนิสิตพยาบาลทั้ง 46 คน เพื่อให้เข้าใจรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานก่อนปิดภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2567 โดยใช้เวลาในการอบรม 3 ชั่วโมง ตั้งแต่ 9.00 – 12.00 น. การอบรมนี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจที่เท่าเทียมกันในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ เพื่อหาการกระจายของข้อมูลในแต่ละกลุ่ม

2. เปรียบเทียบพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการเปรียบเทียบพฤติกรรม การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม และการรับรู้ด้านความรู้ ทักษะ และทักษะของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในการเปรียบเทียบก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอน

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาจารย์ผู้สอน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่การรับรอง COA No.TSU 2024_113 REC No.0293 ลงวันที่ 10 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนรู้การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัว

1.1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร และกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

(1) กลุ่มนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 4 กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 จำนวน 23 คน และกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2 จำนวน 23 คน ตามลำดับ ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.61 และ 95.65 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 22.00 ปี (SD.= 0.83) และ 21.95 ปี (SD.= 1.41) ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 56.52 ทั้งสองกลุ่ม พบว่า ภาวะสุขภาพกาย ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 43.48 และดีเยี่ยม ร้อยละ 60.87 ตามลำดับ ภาวะสุขภาพจิต รู้สึกมี

ความสุข ร้อยละ 82.61 และร้อยละ 95.65 ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการนัดเรียนรู้ผ่าน การลงมือปฏิบัติร้อยละ 78.26 และ ร้อยละ 56.52 ตามลำดับ

(2) กลุ่มศิษย์เก่า จำนวน 6 ราย มีอายุ 22 ปี เป็นเพศหญิงทั้ง 6 ราย ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 83.33 ส่วนใหญ่ทำงานในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว ประเภทพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 66.67 และว่างงาน ร้อยละ 33.33 ตามลำดับ

(3) กลุ่มอาจารย์ผู้สอน รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น จำนวน 3 ราย อายุ 39 - 57 ปี ($M = 48.00$, $SD = 7.35$) เป็นเพศหญิงทั้ง 3 ราย นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 66.67 มีประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.67 ทั้งหมดทำงานในตำแหน่งพนักงานมหาวิทยาลัย

(4) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล จำนวน 2 ราย มีอายุ 52 ปี เป็นเพศหญิงทั้ง 2 ราย นับถือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 100 มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 100.00 ทั้งหมดทำงานในตำแหน่งพนักงานราชการ

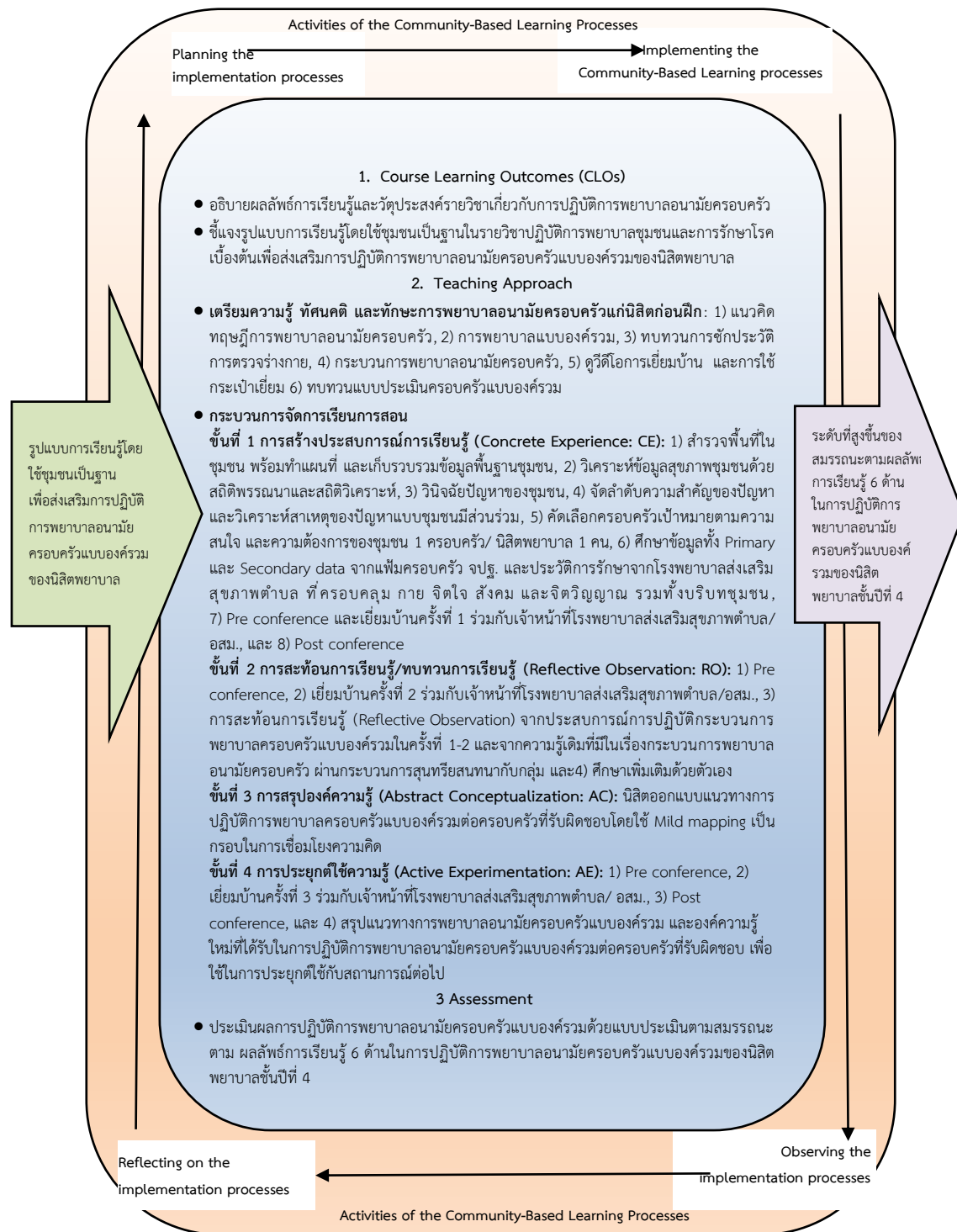
1.2 ข้อมูลการศึกษาสถานการณ์การจัดการเรียนรู้การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัว พบว่า ระบบการเรียนในปัจจุบันยังขาดคู่มือแนวปฏิบัติและสื่อสนับสนุนที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเข้าใจและทักษะของ นิสิต รวมทั้งอาจารย์ผู้สอนยังมีความแตกต่างด้านประสบการณ์และเทคนิคการสอน ทำให้กระบวนการเรียน การสอนไม่เป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน กลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลซึ่งเป็นผู้สนับสนุน สำคัญในการฝึกปฏิบัติ มีประสบการณ์สูงแต่ภารกิจจำกัด จึงไม่สามารถสนับสนุนและร่วมปฏิบัติอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งยังขาดเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น กระเป๋าเย็บบ้านและสื่อวีดีโอสาธิต ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการ พัฒนาทักษะของนิสิตให้สามารถปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลจากกลุ่มศิษย์เก่าที่เคยผ่านการฝึก ปฏิบัติมาแล้ว พบว่า รูปแบบการจัดการเรียนการสอนไม่ชัดเจน ไม่มีคู่มือเฉพาะด้านการดูแลครอบครัวแบบ องค์กรรวม ทำให้เกิดความสับสนระหว่างการปฏิบัติพยาบาลอนามัยครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเข้าใจในกระบวนการและแนวทางการปฏิบัติ รวมทั้งกระบวนการเรียนการสอนยังขาดการ ทบทวนหลักการเย็บครอบครัว การเตรียมตัวก่อนลงเย็บบ้าน รวมถึงการใช้เครื่องมือ เช่น กระเป๋าเย็บบ้าน ทำให้การปฏิบัติจริงยังไม่สมบูรณ์และมีข้อจำกัด ขณะเดียวกัน การขาดเจ้าหน้าที่ร่วมเย็บบ้านทำให้การสื่อสาร และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวเป้าหมายเป็นไปอย่างจำกัด นอกจากนี้ กลุ่มอาจารย์ผู้สอนซึ่งเป็นผู้มี ประสบการณ์ในการสอนแตกต่างกัน ยังใช้วิธีการสอนแบบกรณีศึกษาและให้ศึกษด้วยตนเอง แต่ยังไม่มีความ เฉพาะด้านการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์กรรวม ทำให้ภาพรวมของการดูแลครอบครัวไม่ชัดเจน รวมทั้งความแตกต่างด้านประสบการณ์และเทคนิคการตั้งคำถามของอาจารย์ยังเป็นอุปสรรคต่อการสร้างแนว ทางการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษา โรคเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์กรรวมของนิสิตพยาบาล

2.1 ข้อมูลทั่วไป รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการ รักษาโรคเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์กรรวมของนิสิตพยาบาล ของคณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ ประกอบด้วย 1) Course learning outcomes (CLOs) ผลลัพธ์การเรียนรู้ รายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์กรรวม 2) Teaching approach กระบวนการจัดการ เรียนการสอน ตามทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และจิตตปัญญาศึกษา(สุนทรียสนทนา) และ 3) Assessment การประเมินผล

2.2 ข้อมูลการศึกษา ผลการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการ พยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้น แบ่งกิจกรรมออกเป็น 4 สัปดาห์ ในสัปดาห์แรก นิสิตจะสำรวจข้อมูล พื้นฐานของชุมชนและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ โดยเลือกครอบครัวเป้าหมายเพื่อศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และให้ การดูแลพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์กรรวมในสัปดาห์ที่สอง และสัปดาห์ที่สาม มีกิจกรรมเย็บครอบครัว

และสะท้อนการเรียนรู้จากประสบการณ์การดูแลพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวม ผ่านกระบวนการสุนทรียสนทนาเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและนิสิตพยาบาลแต่ละรายออกแบบแนวทางการพยาบาลครอบครัวแบบองค์รวมสำหรับดูแลครอบครัวเป้าหมาย ในสัปดาห์ที่สี่ นิสิตพยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวแบบองค์รวมที่ออกแบบไว้ พร้อมทั้งประเมินผลและสรุปองค์ความรู้ที่ได้รับจากการจัดการเรียนรู้ โดยมุ่งเน้นการใช้ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเสริมสร้างทักษะและความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพ 2 รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

3. เพื่อศึกษาผลการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล

3.1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ก่อนและหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานฯ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 4 กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 และ 2

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติ การพยาบาล	กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1				กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2			
	สัปดาห์ที่ 1		หลังฝึกปฏิบัติ		สัปดาห์ที่ 1		หลังฝึกปฏิบัติ	
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ
คุณธรรม จริยธรรม	3.56	0.51	3.83	0.36	3.53	0.58	3.77	0.33
ความรู้	2.91	0.63	3.68	0.46	3.02	0.86	3.45	0.48
ทักษะทางปัญญา	2.81	0.63	3.54	0.51	2.94	0.81	3.42	0.49
ทักษะความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล และความ รับผิดชอบ	3.13	0.66	3.82	0.37	3.25	0.80	3.74	0.41
ทักษะในการวิเคราะห์เชิง ตัวเลข การสื่อสาร และ เทคโนโลยีสารสนเทศ	3.52	0.52	3.90	0.24	3.29	0.97	3.77	0.32
ทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพ	3.17	0.57	3.66	0.40	3.13	0.70	3.51	0.39

จากตาราง 3 พบว่าหลังการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการรักษาโรคเบื้องต้นพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาลมีการพัฒนาที่ชัดเจนในทุกด้านทั้งกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 และ 2 โดยกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 มีการพัฒนาที่เด่นชัดในด้านคุณธรรม จริยธรรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.56 ($\sigma=0.51$) เป็น 3.83 ($\sigma=0.36$) และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.13 ($\sigma=0.66$) เป็น 3.82 ($\sigma=0.37$) นอกจากนี้ คะแนนด้านความรู้มีการปรับปรุงจาก 2.91 ($\sigma=0.63$) เป็น 3.68 ($\sigma=0.46$) และทักษะทางปัญญาเพิ่มขึ้นจาก 2.81 ($\sigma=0.63$) เป็น 3.54 ($\sigma=0.51$) ส่วนในกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2 พบมีการพัฒนาที่เด่นชัดในด้านคุณธรรม จริยธรรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.53 ($\sigma=0.58$) เป็น 3.77 ($\sigma=0.33$) และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.25 ($\sigma=0.80$) เป็น 3.74 ($\sigma=0.41$) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาทักษะและความรู้ในทุกด้านอย่างชัดเจน

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ก่อน และหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานฯ ดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 4 ก่อนและหลังใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานฯ

การรับรู้การพยาบาลอนามัย ครอบครัวแบบองค์รวม	กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1				กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	μ	σ	μ	σ	μ	σ	μ	σ
ด้านความรู้	3.20	0.82	4.40	0.52	3.36	0.75	4.48	0.51
ด้านทัศนคติ	3.94	0.79	4.82	0.40	4.29	0.79	4.75	0.49
ด้านทักษะ	3.22	0.80	4.39	0.58	2.94	0.81	4.47	0.51

จากตาราง 4 พบว่า การรับรู้การพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมในกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาที่ชัดเจน โดยความรู้ก่อนการเรียนรู้มีค่าเฉลี่ย 3.20 ($\sigma=0.82$) เพิ่มขึ้นเป็น 4.40 ($\sigma=0.52$) หลังการเรียนรู้ ด้านทัศนคติจาก 3.94 ($\sigma=0.79$) เป็น 4.82 ($\sigma=0.40$) และทักษะในการพยาบาลจาก 3.22 ($\sigma=0.80$) เป็น 4.39 ($\sigma=0.58$) ขณะที่กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2 พบว่าความรู้เพิ่มจาก 3.36 ($\sigma=0.75$) เป็น 4.48 ($\sigma=0.51$) ทัศนคติจาก 4.29 ($\sigma=0.79$) เป็น 4.75 ($\sigma=0.49$) และทักษะจาก 3.41 ($\sigma=0.66$) เป็น 4.47 ($\sigma=0.51$) ซึ่งสรุปได้ว่าการใช้รูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานฯ ส่งผลให้นิสิตพยาบาลเกิดการพัฒนาทั้งความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมเพิ่มขึ้น

3.3 คะแนนความพึงพอใจของ อาจารย์ผู้สอน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ต่อการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานฯ ดังตาราง 5

พบว่านิสิตพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.37-4.63) โดยกิจกรรมการเรียนการสอนที่หลากหลายและการใช้สื่อการสอนที่มีคุณภาพมีส่วนสำคัญในการสร้างความสนุกสนานและการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ด้านความพึงพอใจของอาจารย์ผู้สอนกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 และกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2 แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่น่าพอใจในหลายด้าน โดยอาจารย์กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.57 ($\sigma=0.46$) ขณะที่อาจารย์กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าอยู่ที่ 4.93 ($\sigma=0.12$) แสดงถึงคุณภาพการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาสูงขึ้น ด้านเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนกลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.70 ($\sigma=0.14$) กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยสูงมากทุกด้าน 5.00 ($\sigma=0.00$) การจัดการเรียนการสอนส่งเสริมสมรรถนะผู้เรียน และการเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ สามารถนำไปใช้จริงกับบริบทชุมชนและประโยชน์ต่อสุขภาพผู้รับบริการในชุมชน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ที่ตั้งไว้

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 ต่อการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

ความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอน	กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 1		กลุ่มฝึกปฏิบัติที่ 2	
	μ	σ	μ	σ
นิสิตพยาบาล	4.47	0.56	4.58	0.57
ด้านอาจารย์ผู้สอน	4.55	0.55	4.63	0.51
ด้านกิจกรรมการเรียนการสอน	4.50	0.57	4.61	0.54
ด้านสื่อประกอบการเรียนการสอนและชุมชนแหล่งเรียนรู้	4.37	0.57	4.49	0.65
อาจารย์ผู้สอน	4.57	0.46	4.93	0.12
เจ้าหน้าที่สุขภาพ	4.70	0.14	5.00	0.00

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการเรียนรู้การปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัว พบว่าระบบการเรียนรู้ในปัจจุบันยังขาดคู่มือแนวปฏิบัติและสื่อสนับสนุนที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลต่อความเข้าใจและทักษะของนิสิต รวมทั้งอาจารย์ผู้สอนยังมีความแตกต่างด้านประสบการณ์และเทคนิคการสอน ทำให้กระบวนการเรียนการสอนไม่เป็นระบบและขาดความต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นผู้สนับสนุนสำคัญในการฝึกปฏิบัติ มีประสบการณ์สูงแต่ภารกิจจำกัด จึงไม่สามารถสนับสนุนและร่วมปฏิบัติอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น กระเป๋าเยี่ยมบ้านและสื่อวีดิโอ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาทักษะของนิสิตให้สามารถปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ควรให้ความสำคัญกับการสร้างคู่มือแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจและความมั่นใจในกระบวนการปฏิบัติจริงของผู้เรียน ทั้งนี้ การฝึกอบรมอาจารย์ให้มีความรู้

และเทคนิคการสอนที่เป็นแนวทางเดียวกันจะช่วยลดความแตกต่างและความ คลาดเคลื่อนในกระบวนการเรียน การสอน รวมทั้งการจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์สนับสนุนที่เหมาะสมจะช่วยเสริมสร้างความพร้อมของผู้เรียนให้ สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความมั่นใจมากขึ้น นอกจากนี้ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการสร้างความต่อเนื่องและความสมบูรณ์ของกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยให้การฝึกปฏิบัติ เป็นไปในทิศทางเดียวกันและสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง โดยการสนับสนุนเช่นนี้ สอดคล้องกับแนวคิดของ Warabamrungkul, Sirasatanan, Mulmanee, & Nilkote (2020) ที่เน้นการ สนับสนุนรูปแบบการเรียนรู้เพื่อพัฒนาทักษะในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเน้นการบูรณาการและการพัฒนาทักษะการ เรียนรู้และนวัตกรรม ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในยุคปัจจุบันอย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคและ ปัญหาที่ต้องเผชิญ เช่น ขาดความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้เรียน ขาดวินัย สมาธิ และความสนใจ รวมถึง ความสามารถในการเข้าถึงอุปกรณ์และสื่อที่ทันสมัย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ที่มี ประสิทธิภาพ ดังนั้นจำเป็นต้องมีการวางแผนและปรับปรุงกระบวนการจัดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้สามารถ ตอบสนองความต้องการทั้งด้านการศึกษาและความต้องการของชุมชนได้อย่างยั่งยืน

2. ผลการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชนและการ รักษาโรคเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ได้ถูกออกแบบเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิต พยาบาล โดยแบ่งออกเป็นสี่สัปดาห์ที่เน้นการสร้างประสบการณ์และการมีส่วนร่วมอย่างมีระบบ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การสำรวจและเก็บข้อมูลสัปดาห์ที่ 2 การเยี่ยมครอบครัวเป้าหมายครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 3 การเยี่ยมครอบครัว เป้าหมายครั้งที่ 2 และการสะท้อนการเรียนรู้ผ่านสุนทรียสนทนาจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และ 2 และนิสิต ออกแบบแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวแบบองค์รวม สัปดาห์ที่ 4 นิสิตเยี่ยมครอบครัวเป้าหมายครั้งที่ 3 ตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวแบบองค์รวมที่วางแผนไว้ รวมถึงการประเมินผลและสรุปองค์ ความรู้ในการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่อไป

การจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานมีผลสำคัญต่อการพัฒนาทักษะการ ปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิต ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากสถานการณ์จริงใน ชุมชน และนำความรู้จากภาคทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ นิสิตได้ใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์และเชื่อมโยงในการ แก้ปัญหาของครอบครัวที่พบเมื่อเยี่ยมบ้าน ซึ่งมักมีปัญหาหลายหลากและซับซ้อน ทำให้เกิดกระบวนการทำงาน เป็นทีมที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากเพื่อนนิสิต อาจารย์ เจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่ ครอบครัว และชุมชน นอกจากนี้ นิสิตยังต้องนำความรู้และทักษะการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมมาประยุกต์ใช้ให้ สอดคล้องกับปัญหาของครอบครัวเป้าหมายแต่ละราย ส่งผลให้เกิดทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการ แก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Singhard, Meenakate, & Suriya (2019) และ Janjamsai (2015) ที่สนับสนุนผลการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น โดยพบว่าหลังการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ชุมชนเป็น ฐาน ผู้เรียนมีระดับทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 สูงขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาทักษะที่สำคัญในด้านการ ทำงานร่วมกัน การคิดวิเคราะห์ และการตัดสินใจในสถานการณ์จริง นอกจากนี้ การเรียนรู้จากสถานการณ์ จริงในชุมชนยังช่วยเพิ่มทักษะการคิดขั้นสูง (Wongchai, 2019) ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติการพยาบาล อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนิสิตและชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนา คุณภาพการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนในอนาคต

นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดกิจกรรมที่ให้ผู้เรียนสะท้อนคิดหลังปฏิบัติงานโดยใช้สุนทรียสนทนาทำให้นิสิต พยาบาลได้ทบทวนและเข้าใจประสบการณ์การพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมอย่างลึกซึ้งซึ่งทำให้เกิดความ องค์ความรู้ใหม่ที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ Wanchai, Saengpak, & Leaungsomnapa (2017) ที่พบว่าการจัดกิจกรรมที่ให้ผู้เรียนสะท้อนคิดหลังปฏิบัติงานทำให้นักศึกษาได้ทบทวน และเข้าใจประสบการณ์การพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการประเมิน สถานการณ์และการปรับตัวในบริบทต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับนักพยาบาลในยุคปัจจุบัน

3. ผลการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลชุมชน และการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาล พบว่าการจัดการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาทักษะและความรู้ในหลายด้านอย่างชัดเจน โดยคะแนนเฉลี่ยในด้าน คุณธรรม จริยธรรม และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนถึงความรับผิดชอบและ การทำงานร่วมกับผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาโดย Piwpong, Chaiwong, Bunmee, Khongruangrat, Hormneam, & Sonwicha (2022) ที่ใช้การเรียนรู้โดยชุมชนเป็นฐานช่วยเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาล ในศตวรรษที่ 21 โดยนักศึกษาได้รับการประเมินทักษะที่สูงในด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ ($M = 4.58$, $SD = 0.48$) รวมถึงทักษะด้านคุณธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบ ($M = 4.53$, $SD = 0.38$) และ การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ ($M = 4.43$, $SD = 0.47$)

ภายหลังการจัดการเรียนการสอน พบว่านิสิตพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับดีมาก โดยกิจกรรมการ เรียนการสอนที่หลากหลายและการใช้สื่อการสอนที่มีคุณภาพมีส่วนสำคัญในการสร้างความสนุกสนานและการมี ส่วนร่วม ซึ่งแสดงถึงคุณภาพการจัดการเรียนการสอน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kraichan, Chumnanboriluk, & Kraichan (2015) พบว่าการมีส่วนร่วมของนักเรียนในการเรียนรู้ที่เน้นประสบการณ์จริงสามารถเพิ่มความ พึงพอใจได้อย่างมีนัยสำคัญ และส่งผลดีต่อการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกันในชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุและการพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้การเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ทำให้ผู้เรียน เข้าใจปัญหาและบริบทของครอบครัวและชุมชนได้ดีขึ้น ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนได้รับการดูแลที่ตรงตามความ ต้องการและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผลการศึกษาเช่นนี้สะท้อนถึงความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายการเรียนรู้ที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning)

การใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วมและการลงมือปฏิบัติจริงช่วยเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และ ทักษะในการพยาบาลอนามัยครอบครัวแบบองค์รวมอย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้ในบริบทชุมชนทำให้นิสิต สามารถเชื่อมโยงทฤษฎีกับการปฏิบัติจริงได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนาที่สำคัญสำหรับการเตรียมความพร้อมของ ผู้เรียนในสภาพแวดล้อมทางการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การพัฒนานี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้ นิสิตมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น แต่ยังสามารถสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลใน บริบทของการดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด คือ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยมีระยะเวลาที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถติดตาม พัฒนาการของทักษะหรือผลลัพธ์ในระยะยาวได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำแนวทางการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานไปปรับใช้ในหลักสูตรการเรียนการสอนด้านพยาบาลใน ระดับต่าง ๆ โดยเน้นการสร้างประสบการณ์จริงและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเสริมสร้างทักษะในด้าน ความร่วมมือ การคิดวิเคราะห์ และการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพในนิสิต

2. นำกิจกรรมสะท้อนคิด เช่น การสนทนาสนทนารายสัปดาห์และการบันทึกประสบการณ์ มาปรับใช้ใน กระบวนการเรียนการสอน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความสามารถในการปรับปรุงการปฏิบัติของนิสิตอย่าง ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดกลุ่มเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐานกับรูปแบบการเรียนรู้ แบบดั้งเดิม เพื่อประเมินความแตกต่างในด้านผลลัพธ์และประสิทธิภาพ

2. ควรศึกษาวิธีการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในการพัฒนาหลักสูตรและแนวปฏิบัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความน่าสนใจในการเรียนรู้ของนิสิตให้พร้อมรับมือกับความเปลี่ยนแปลงในอนาคต

References

- Angel, B. F., Duffey, M., & Belyea, M. (2000). An evidence-based project for evaluating strategies To improve knowledge acquisition and critical-thinking performance in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 39(5), 219-228.
- Aydin, A., & Hiçdurmaz, D. U. Y. G. U. (2019). Holistic Nursing Competence Scale: Turkish translation and psychometric testing. *International Nursing Review*, 66(3), 425-433.
- Fongkoet, S., Phukritsana, S., & Tantalakoon, S. (2016). Nursing Role with Family Health Promotion Based On Family Development Theory. *Journal of Health Sciences and Wellness*, 20(39), 133-142.
- Isaacs, W. (1999). *Dialogue: The art of thinking together*. Currency.
- Janjamsai, M. (2015). Experiential Modeling of Community Based Learning Case Study of Integration of Architectural Design Learning and Low-income Housing development (Baan Munkong: Project at RAMA 9 Suma9 Sump3 Community). *Phranakhon Rajabhat Research Journal*, 10(1), 143-156. (in Thai)
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner Victoria*. Australia: Deakin University.
- Kolb, D. A. (1984). *Experience as the source of learning and development*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Kraichan, K., Chumnanboriluk, P., & Kraichan, S. (2015). A Model of Integration of Research and Community Based Pedagogy for Health of Elderly at Samukkee Urban Community of Mahasarakham Province: Case study of the Samakkee community, Talad sub-district, Mueang district, Maha Sarakham province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 25(1), 124-130.
- Li, C., Yang, Y., & Jing, Y. (2022). Formulation of teaching strategies for graduation internship-based on the experiential learning styles of nursing undergraduates: a non-randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 22(1), 1-7.
- Oupra, R., Tanasuwan, P., Kantawong, E., Amattayakong, C., & Chaiwong, C. (2020). Development of Learning Outcome Assessment Tools following the Qualification Framework for Higher Education, and the Learning Outcomes of Nursing Students in Family and Community Nursing I Practicum. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 7(2), 138-151.
- Piwpong, R., Chaiwong, N., Bunmee, P., Khongruangrat, Y., Hormneam, N., & Sonwicha, S. (2022). A Development of a Community-based Learning Model in the Geriatric Nursing and Adult and Geriatric Nursing Practice I to Promote 21st Century Nursing Students' Learning. *Journal of Boromaraionani College of Nursing, Surin*, 12(1), 16-31.
- Rittikoop, W. (2018). Community-Based Learning: Effective Pedagogy Strategies for Teachers in the 21st Century. *Graduate School Journal Chiang Rai Rajabhat University*, 11(3), 179-191.
- Singhard, S., Meenakate, P., & Suriya, A. (2019). The Effect of myCourseville as a tool for teaching and learning to promote the development of 21st Century Learning skills, in Gerontological Nursing Subject of Nursing Students, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani

- University. *Journal of Rangsit University: Teaching & Learning* 13 (2)164-179.
- Takase, M., & Teraoka, S. (2011). Development of the holistic nursing competence scale. *Nursing & health sciences*, 13(4), 396-403.
- Uppanan, A. (2021). Designing CBL Learning to Address the Development of Place-Based Teacher Identity. Retrieved February 3, 2024 from <https://lpn.mcu.ac.th/mculpn/wp-content/uploads/2022/07/CBL.pdf>. (in Thai)
- Wanchai, A., Saengpak, C., & Leaungsomnapa, Y. (2017). Learning and teaching methods by using reflective thinking technique in nursing education. *Journal of Health Science Research*, 11(2), 105-115.
- Wongchai, S. (2019). Resource-Based Learning for Development of Higher-Order Thinking Skills in 21st Century. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts)*, 12(2). 1131-1149.
- Warabamrungskul, T., Sirasatanan, P., Mulmanee, S., & Nilkote, R. (2020). The Activities That Support the Learning Model of the 21st Century Students' Learning Skills According to the Learning and Innovation Skill of Schools in The Eastern Region. *Journal of MCU Nakhondhat*, 7(9), 283-300.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในนักศึกษาพยาบาล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

Factors Influencing Overweight and Obesity Among Nursing Students in
Borommarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

ธมลวรรณ แก้วกระจก*, ดาลิมา สำแดงสาร และ ปิยะพร พรหมแก้ว

Thamolwan Kaewkrachok*, Dalima Samdaengsarn and Piyaporn Promkaew

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Borommarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: February 24, 2025, Revised: June 12, 2025, Accepted: July 2, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ และ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือนักศึกษาพยาบาล จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิมีความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าความเที่ยงแบบสอบถามความรู้ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.86 สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.80 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 63.13) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.23$, $SD = 0.45$) และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.83$, $SD = 0.33$) สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช พบว่า นักศึกษาที่มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน มีโอกาสเกิดโรคอ้วนลดลงร้อยละ 53 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ($\text{adjustOR} = 0.47$, $95\% \text{ CI} = 0.24-0.94$) และพบว่านักศึกษาที่มีพฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสเกิดโรคอ้วนลดลงร้อยละ 65 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีพฤติกรรมการพักผ่อนในระดับต่ำ ($\text{adjustOR} = 0.35$, $95\% \text{ CI} = 0.14-0.84$)

จากผลการวิจัย ถึงแม้ว่านักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนอยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ฉะนั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ควรจัดกิจกรรมเพื่อให้นักศึกษามีความตระหนักถึงการมีภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะนักศึกษาที่มีบุคคลภายในบ้านมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ทั้งนี้จะต้องให้นักศึกษามีความตระหนักในการพักผ่อนที่เพียงพอร่วมด้วย

คำสำคัญ: ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน, ปัจจัย, นักศึกษาพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Dalima@bcnnakhon.ac.th)

Abstract

This predictive correlational research aimed to study 1) the level of knowledge about nutrition, social support, and health behaviors and 2) the factors influencing overweight and obesity among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat. the population used in this study was 160 nursing students. The questionnaire was administered by experts with a content consistency between 0.67 and 1.00. The KR-20 value was 0.86 for social support and health behaviors with Cronbach's alpha coefficients of 0.80 and 0.91, respectively.

The results of the study revealed that nursing students had a high level of nutritional knowledge (63.13%). The overall level of social support was moderate ($M = 3.23$, $SD = 0.45$), and the overall level of health behavior was moderate ($M = 2.83$, $SD = 0.33$). Regarding the factors influencing overweight and obesity among nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, it was found that students who had family members with overweight or obesity were 53% less likely to be obese themselves compared to those without such family history ($OR = 0.47$, 95% $CI = 0.24-0.94$). Furthermore, students who had a moderate level of rest and sleep behavior were 65% less likely to be obese compared to those with a low level of rest and sleep behavior ($OR = 0.35$, 95% $CI = 0.14-0.84$).

Suggestion: Nursing students who are overweight or obese may not be concerned or aware of the dangers of obesity and may not recognize the importance of physical activity for weight control. It may be necessary to enhance motivation by providing rewards to those who initiate regular physical activity and achieve at least one level of weight reduction from their baseline within one month.

Keywords: Overweight and obesity, Factors, Nursing students

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกิน คือ ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากเกินไปจนมากกว่าปกติหรือมากกว่าที่ร่างกายจะเผาผลาญ จึงสะสมพลังงานที่เหลือไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา (World Health Organization, 2022) จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรโลก ปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีประชากรผู้ใหญ่ที่น้ำหนักเกิน 1,900 ล้านคน โดยมีคนมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากถึง 650 ล้านคน (Jaiyod & Manoton, 2023) นอกจากนี้ ยังพบว่าอุบัติการณ์ของโรคอ้วนทั่วโลกมีทิศทางเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นเป็นสามเท่าในระหว่างปี พ.ศ. 2518 - 2559 และเพิ่มสูงในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง (Hoseini, Bardoon, Bakhtiari, Adib-Rad, & Omidvar, 2022) สำหรับสถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย พบว่า มีประชากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ร้อยละ 48.28 เป็นอันดับ 2 ใน 10 ของประเทศอาเซียนรองจากมาเลเซีย (Sidahat, Kwansungnoen, Poangklang, Aeksanti, & Yupa, 2022) และโดยเฉพาะอุบัติการณ์การเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในวัยรุ่น จากรายงานฐานข้อมูลเขตสุขภาพที่ 12 พบเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ปี 2559 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.60 (Office of Disease Prevention and Control 2, Phitsanulok, 2018) และรายงานผลการสำรวจปี พ.ศ. 2561 พบว่า รุนมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนร้อยละ 16.2 (Nutrition Division, Department of Health, 2022)

โรคอ้วน คือ ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากเกินไปจนมากกว่าปกติหรือมากกว่าที่ร่างกายจะเผาผลาญ จึงสะสมพลังงานที่เหลือไว้ในรูปไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ มีดัชนีมวลกายหรือค่า BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$ ส่งผลให้ผู้ที่

ภาวะอ้วน ทำให้เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันเกาะตับ โรคหัวใจ โรคกระเพาะ โรคระบบทางเดินหายใจ ภาวะมีบุตรยาก ปวดข้อ ข้อเสื่อมก่อนวัย และโรคผิวหนัง และมีกล้ามเนื้อแข็งแรง กรมอนามัยรายงานสถิติเด็กไทยอายุ 15 - 18 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 13.2 คิด 1 ใน 3 ของอาเซียน และสหพันธ์โรคอ้วน (World Obesity Federation) คาดการณ์ในปี พ.ศ. 2573 ประชากรอายุต่ำกว่า 20 ปี จะมีภาวะอ้วนสูงขึ้นเกือบร้อยละ 50 (Bureau of Nutrition, 2024) จากการสำรวจและคัดกรองภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ปีการศึกษา 2566 จำนวน 618 คน พบว่า มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 25.89 และผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน บางคนเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลมีการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ต้องใช้เวลาในการทำชิ้นงานทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มทำให้นอนดึก จึงต้องรับประทานอาหารมื้อดึก และด้วยภายในวิทยาลัยมีแหล่งอาหารและเครื่องดื่มที่หาได้สะดวกทั้งร้านอาหารภายในวิทยาลัย ตู้หยอดเหรียญทั้งอาหารและเครื่องดื่มรสหวาน การสั่งซื้อออนไลน์ สามารถซื้อรับประทานได้ตลอดเวลา ประกอบกับนักศึกษาพยาบาลโดยส่วนใหญ่ไม่มีเวลาออกกำลังกาย หรือมีพฤติกรรมไม่ชอบออกกำลังกาย จึงส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนตามมา จากการสังเกตนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เชื่องช้ากว่านักศึกษาที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีข้อจำกัดในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วยเนื่องจากเหนื่อยง่าย เคลื่อนไหวได้ช้าลง เข้าถึงผู้ป่วยได้ยากขึ้น เพราะมีข้อจำกัด โดยเฉพาะหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยพักรักษาตัวจำนวนมาก มีพื้นที่ระหว่างเตียงแคบ

ภาวะน้ำหนักเกินทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ข้อเข่าเสื่อม และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคเมตาบอลิกซินโดรมได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนมักเป็นโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ไขมันพอกตับได้มากกว่าคนทั่วไปอีกด้วย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบให้ครอบครัวสูญเสียรายได้ ประเทศชาติสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เป็นจำนวนมหาศาล (World Health Organization, 2022) จากผลการสำรวจประชาชนวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเนื่องจากมีพฤติกรรมการกินอาหารไม่เหมาะสม กินผักน้อยกว่าวันละ 5 ทัพพี และมีการดื่มเครื่องดื่มปรุงรสเค็ม (Bureau of Nutrition, 2024)

นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลต่อดัชนีมวลกาย โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะที่พักอาศัย และปัจจัยอื่น ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การรับประทานขนมหวาน ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน การรับรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนด้านสังคม เป็นต้น (Phisansuthichol & Panyawan, 2022; Chobthamasakul, 2019)

จากหลายปัจจัยโดยเฉพาะจากการรับประทานอาหารเกินและไม่ออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลกระทบในระยะยาว อีกทั้งวัยรุ่นคิดว่าตนเองเป็นช่วงวัยที่แข็งแรงและมองข้ามเรื่องสุขภาพ ประกอบกับอิทธิพลของสื่อออนไลน์ที่เข้ามามีบทบาทต่อการใช้ชีวิตของวัยรุ่นโดยเฉพาะนักศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นผู้นำด้านสุขภาพและเป็นบุคลากรที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชน หากมีปัญหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจะทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจตีบตัน เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาด้านภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในนักศึกษาพยาบาล รวมถึงการหาแนวทางป้องกันไม่ให้กลุ่มนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

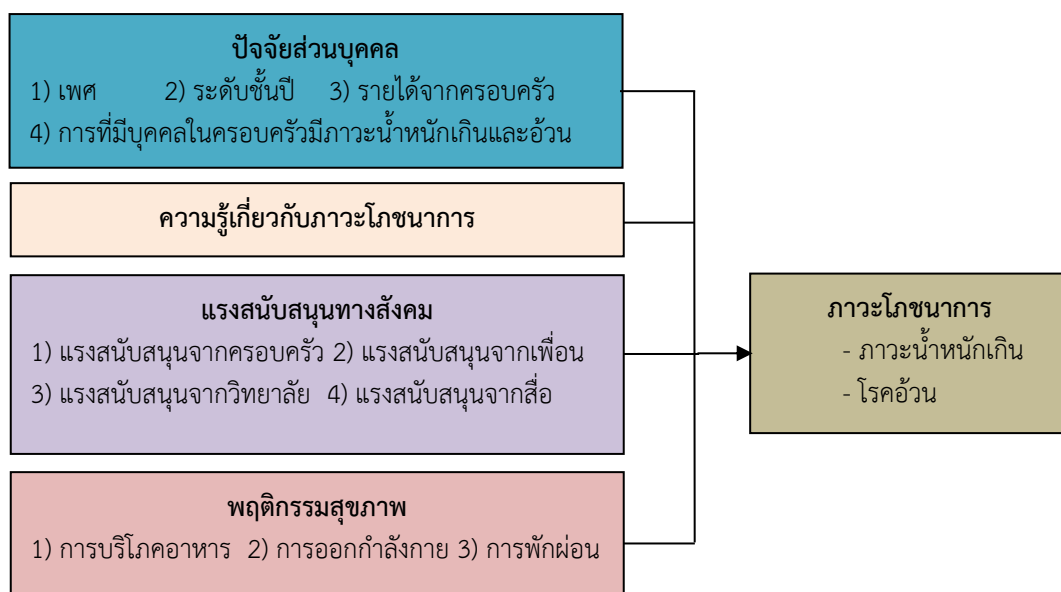
1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับชั้นปี รายได้จากครอบครัว การที่มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะน้ำหนักเกิน 2) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ 3) แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนจากเพื่อน แรงสนับสนุนจากวิทยาลัย และแรงสนับสนุนจากสื่อ และ 4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การนอนหลับ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย มาศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยสหสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช สถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีการศึกษา 2567 จำนวน 160 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ประชากรมาเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกหน่วยประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ ระดับชั้นปี รายได้จากครอบครัว และการมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน

แปลผลตามแนวคิดของ Bloom (1986) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนร้อยละ ≥ 80.00) ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ $60.00 - 79.99$) และระดับต่ำ (คะแนนร้อยละ < 60.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 9 ข้อ จากเพื่อน 6 ข้อ จากวิทยาลัย 3 ข้อ จากสื่อ 2 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ตั้งแต่จริงมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงจริงน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) จัดเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย $3.67 - 5.00$) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย $2.34 - 3.66$) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย $1.00 - 2.33$)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมี 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ถึง ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน)

แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best (1977) ได้แก่ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย $3.67-5.00$) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย $2.34-3.66$) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย $1.00-2.33$)

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกภาวะโภชนาการ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก และส่วนสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบไปด้วยอาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และสถิติ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 2 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ระหว่าง $0.67 - 1.00$

จากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยง โดยนำเครื่องมือที่ผ่านผู้เชี่ยวชาญและไปทดสอบกับนักศึกษาพยาบาลที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน แบบสอบถามด้านความรู้ โดยข้อคำถามที่ดีจะมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง $0.32 - 0.60$ และมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง $0.32 - 1.00$ มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson KR-20) เท่ากับ 0.86 สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.80 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. นักวิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นักวิจัยประสานกับหัวหน้าชั้นปี เพื่ออธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้หัวหน้าชั้นปี ซึ่งเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ติดตามและรวบรวมแบบสอบถาม

3. ภายหลังจากได้รับแบบสอบถามกลับคืน ผู้ช่วยผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และส่งให้กับนักวิจัยเพื่อจากนั้นลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) จากวัตถุประสงค์เพื่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช โดยมีตัวแปรตาม คือ ภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน ที่ผู้วิจัยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม กำหนดผู้ที่มีน้ำหนักรเกิน (0) และผู้ที่มีน้ำหนักรโรคอ้วน (1) นำวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate analysis) ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple logistic regression) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า 0.05 ออกจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward elimination นำเสนอผลการศึกษาคำตัดสินส่วนความเสี่ยง (Odds ratio: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence interval: 95%CI)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่จริยธรรม Exc-03/2567 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2567 โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือ และชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ โดยลงลายมือชื่อก่อนตอบแบบสอบถามหลังจากที่ได้อธิบายวัตถุประสงค์และชี้แจง ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อและที่อยู่ การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวมและนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

- ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.63) มากกว่าครึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 55.63) และมีบุคคลที่มีน้ำหนักรเกินหรือเป็นโรคอ้วนในบ้าน (ร้อยละ 58.13) กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำหนักรเกิน (ร้อยละ 52.50) และโรคอ้วน (ร้อยละ 47.50)
- ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักรเกินและโรคอ้วน (n= 160)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 80.00)	101	63.13
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.00 - 79.00)	51	31.87
ระดับต่ำ ($<$ ร้อยละ 60.00)	8	5.00

จากตาราง 1 พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 63.13) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 31.87) และระดับต่ำ (ร้อยละ 5.00)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพ (n= 160)

ตัวแปร	M	SD.	ระดับ
แรงสนับสนุนทางสังคม			
จากครอบครัว	3.19	0.57	ปานกลาง
จากเพื่อน	2.04	0.56	ต่ำ
จากวิทยาลัย	3.91	0.45	สูง
จากสื่อ	2.77	0.83	ปานกลาง
ภาพรวม	3.23	0.45	ปานกลาง
พฤติกรรมสุขภาพ			
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	3.06	0.61	ปานกลาง
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1.74	0.54	ต่ำ
พฤติกรรมการพักผ่อน	2.79	0.57	ปานกลาง
ภาพรวม	2.83	0.33	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า แรงสนับสนุนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 3.23, SD= 0.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากวิทยาลัยอยู่ในระดับสูง (M= 3.91, SD= 0.45) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.83, SD= 0.33) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (M =3.06, SD= 0.61) สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ (M= 1.74, SD= 0.54)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ดังตาราง 3

ตาราง 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ปัจจัย	ภาวะโภชนาการ		Crude OR (95%CI)	Adjust OR (95%CI)
	น้ำหนักเกิน	โรคอ้วน		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				
หญิง	71 (51.82)	66 (48.18)	Ref.	Ref.
ชาย	13 (56.52)	10 (43.48)	0.83 (0.34 – 2.02)	1.11 (0.42 – 2.95)
ชั้นปี				
ปีที่ 2	25 (49.02)	26 (50.98)	Ref.	Ref.
ปีที่ 3	22 (44.00)	28 (56.00)	1.22 (0.56 – 2.68)	1.02 (0.41 – 2.52)
ปีที่ 4	37 (62.71)	22 (37.29)	0.57 (0.27 – 1.22)	0.43 (0.17 – 1.05)
ความเพียงพอของรายได้				
< 5,000 บาท	44 (49.44)	45 (50.56)	Ref.	Ref.
≥ 5,000 บาท	40 (62.69)	25 (37.31)	0.76 (0.41 – 1.42)	0.86 (0.44 – 1.68)
การมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะเกินและโรคอ้วน				
ไม่มี	42 (62.69)	25 (37.31)	Ref.	Ref.
มี	42 (56.34)	31 (43.66)	0.49 (0.26 – 0.93)*	0.47 (0.24 – 0.94)*
ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ				
ระดับต่ำ	4 (50.00)	4 (50.00)	Ref.	Ref.

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะโภชนาการ		Crude OR (95%CI)	Adjust OR (95%CI)
	น้ำหนักเกิน จำนวน (ร้อยละ)	โรคอ้วน จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับปานกลาง	30 (58.82)	21 (41.18)	0.70 (0.16 – 3.12)	0.91 (0.18 – 4.52)
ระดับสูง	50 (49.50)	51 (50.50)	1.02 (0.24 – 4.30)	1.59 (0.33 – 7.76)
แรงสนับสนุนจากครอบครัว				
ระดับต่ำ	5 (45.45)	6 (54.55)	Ref.	Ref.
ระดับปานกลาง	60 (51.72)	56 (48.28)	0.78 (0.23 – 2.69)	0.88 (0.22 – 3.48)
ระดับสูง	19 (57.58)	14 (42.42)	0.61 (0.16 – 2.42)	0.88 (0.18 – 4.34)
แรงสนับสนุนจากเพื่อน				
ระดับต่ำ	10 (45.45)	12 (54.55)	Ref.	Ref.
ระดับปานกลาง	55 (50.46)	54 (49.54)	0.82 (0.33 – 2.05)	0.65 (0.22 – 1.88)
ระดับสูง	19 (65.52)	10 (34.48)	0.44 (0.14 – 1.37)	0.33 (0.08 – 1.36)
แรงสนับสนุนจากวิทยาลัย				
ระดับปานกลาง	24 (48.00)	26 (52.00)	Ref.	Ref.
ระดับสูง	60 (54.55)	50 (45.45)	0.77 (0.39 – 1.50)	0.88 (0.42 – 1.85)
แรงสนับสนุนจากสื่อ				
ระดับต่ำ	26 (50.98)	25 (49.02)	Ref.	Ref.
ระดับปานกลาง	46 (52.57)	42 (47.73)	0.95 (0.48 – 1.89)	1.05 (0.47 – 2.31)
ระดับสูง	12 (57.14)	9 (42.86)	0.78 (0.28 – 2.17)	0.71 (0.20 – 2.55)
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
ระดับต่ำ	9 (56.25)	7 (43.75)	Ref.	Ref.
ระดับปานกลาง	61 (51.69)	57 (48.31)	1.20 (0.42 – 3.44)	1.32 (0.37 – 4.70)
ระดับสูง	14 (53.85)	12 (46.15)	1.10 (0.32 – 3.86)	1.17 (0.22 – 6.15)
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
ระดับต่ำ	27 (54.00)	23 (46.00)	Ref.	Ref.
ระดับปานกลาง	52 (50.98)	50 (49.02)	1.13 (0.57 – 2.22)	1.12 (0.53 – 2.36)
ระดับสูง	5 (62.50)	3 (37.50)	0.74 (0.15 – 3.27)	0.84 (0.16 – 4.38)
พฤติกรรมการพักผ่อน				
ระดับต่ำ	13 (36.11)	23 (63.89)	Ref.	Ref.
ระดับปานกลาง	65 (57.52)	48 (42.48)	0.42 (0.19 – 0.92)*	0.35 (0.14 – 0.84)*
ระดับสูง	6 (54.55)	5 (45.45)	0.42 (0.12 – 1.85)	0.33 (0.07 – 1.54)

* $p < 0.05$

จากตาราง 3 ผลวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple logistic regression) พบว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะเกินและโรคอ้วน จะมีโอกาสที่จะมีโรคอ้วนลดลงร้อยละ 51 เมื่อเทียบกับไม่มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะเกินและโรคอ้วน (OR= 0.49, 95%CI= 0.26 – 0.93) และเมื่อมีพฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีภาวะโรคอ้วนลดลงร้อยละ 48 เมื่อเทียบกับพฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับต่ำ (OR= 0.42, 95%CI= 0.19 – 0.92)

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) พบว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะเกินและโรคอ้วน จะมีโอกาสที่จะมีโรคอ้วนลดลงร้อยละ 53 เมื่อเทียบกับไม่มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะเกินและโรคอ้วน (adjustOR= 0.47, 95%CI= 0.24 – 0.94) และเมื่อมีพฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีภาวะโรคอ้วนลดลงร้อยละ 65 เมื่อเทียบกับพฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับต่ำ (adjustOR= 0.35, 95%CI= 0.14 – 0.84)

อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ จากผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 63.13) อธิบายได้ว่า ในหลักสูตรของพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีรายวิชาที่มีการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในด้านนี้ดี อีกทั้ง การเรียนในหลักสูตรพยาบาล ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และญาติ ฉะนั้น บุคคลที่เรียนในหลักสูตรพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ที่ต้องให้ความรู้กับผู้ป่วย และญาติ เพราะหากมีข้อสงสัยจำเป็นต้องให้ข้อมูลกับญาติ และผู้ป่วยได้ถูกต้อง ดังผลการวิจัยที่พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โรคอ้วนทำให้หลอดเลือดสมองตีบแตกเกิดโรคหัวใจและมะเร็งได้ และการลดน้ำหนักโดยการรับประทานยาลดน้ำหนักหากหยุดยาอาจกลับมาอ้วนใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Maytapattana (2017) พบว่า นักศึกษาพยาบาล มีความรู้ทางโภชนาการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.70 เช่นเดียวกับ Phisansuthichol & Panyawan (2022) กล่าวว่า บุคลากรทางการพยาบาลมีความรู้ เข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้พื้นฐานด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี แต่ไม่ได้คำนึงถึงปริมาณที่เหมาะสมในการบริโภคน้ำตาล และไม่ระวังในการบริโภคน้ำมันต่อวัน จึงส่งผลให้ดัชนีมวลกายสูง

2. แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 3.23, SD= 0.45) จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนจากวิทยาลัยอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า วิทยาลัยเห็นความสำคัญในเรื่องภาวะสุขภาพของนักศึกษา จึงได้จัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ จัดสถานที่ออกกำลังกาย หรือสถานที่พักผ่อน ให้กับนักศึกษาอย่างเพียงพอ สำหรับแรงสนับสนุนจากเพื่อนอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าในการมาเรียนในหลักสูตรนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความจำเป็นที่ต้องพักอาศัยอยู่ในสถานที่เดียวกัน ซึ่งเป็นไปได้ว่าในการรับประทานอาหารจะรับประทานกันเป็นกลุ่ม และมักจะชวนกันรับประทานอาหารที่เป็นกลุ่มได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังเป็นวัยรุ่น อาหารที่เลือกอาจจะจะเป็นอาหารที่มีประเภทไขมันสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruangying, Jorajit & Janyam (2016) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนเกี่ยวกับค่านิยมการบริโภคอาหาร มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Krungkraipetch & Krungkraipech (2012) ที่กล่าวว่า ค่านิยมในการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยเปลี่ยนไป อาจเนื่องจากมีกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมาก ชอบความเป็นอิสระ มีการเปลี่ยนแปลงตามแบบสังคมตะวันตก จึงนิยมบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ดที่มีแป้ง และไขมันเป็นส่วนมากทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน

3. พฤติกรรมสุขภาพ จากผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M= 2.83, SD= 0.33) อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่นักศึกษาพยาบาลไม่ได้ใส่ใจหรือไม่ตระหนักถึงอันตรายของภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน และไม่คิดว่าภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบกับชีวิตการเป็นนักศึกษามีภาวะเครียด เหน็ดเหนื่อย ไม่มีเวลาเหลือในการออกกำลังกาย ทำให้มีวิธีการผ่อนคลายหรือลดภาวะเครียดด้วยวิธีการรับประทานอาหารที่ชอบและให้พลังงานสูง เช่น ไก่ทอด พิซซ่า ชาไข่มุก ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongsuk, Putawatana, & Orathai (2012) พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลรามธิบดีโดยรวมทุกชั้นปีอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thuwanon & Sathituitasakon (2017) พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตรหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Puntiya (2020) ที่กล่าวว่า ส่วนใหญ่แพทย์ยังไม่คิดว่าตนเองมีภาวะน้ำหนักเกินหรือ

เป็นโรคอ้วน ไม่ใส่ใจและไม่ตระหนักถึงอันตรายของโรคอ้วน มักคิดว่าตนเองมีเวลาน้อยจึงไม่ให้ความสำคัญของการออกกำลังกายหรือลดน้ำหนัก

4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ด้วยสถิติสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression) พบว่า การมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และพฤติกรรมการพักผ่อน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน และสามารถอธิบายได้ดังนี้

4.1 การมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จะมีโอกาสที่จะมีโรคอ้วนลดลงร้อยละ 53 เมื่อเทียบกับไม่มีบุคคลในครอบครัวมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน อธิบายได้ว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ทำให้มองเห็นภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลง อาจส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนัก แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Pudcharakuntana, Khungtumneam & Durongritichitchai (2015) ที่ว่า ผู้ที่อ้วนมักรับทราบเป็นอย่างดีว่าตนเองอ้วน ทำให้ภาพลักษณ์ตนเองไม่เปลี่ยนแปลง และพบว่าการมีประวัติบิดา มารดา พี่น้อง มีโรคอ้วน จะเป็นโรคอ้วนมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีกรรมพันธุ์โรคอ้วนเนื่องจากมียืนที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนัก

4.2 การมีพฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนลดลงร้อยละ 65 เมื่อเทียบกับพฤติกรรมการพักผ่อนอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า การพักผ่อนที่เพียงพอ 7 - 9 ชั่วโมงต่อคืน ช่วยปรับความสมดุลของฮอร์โมนเกรลินซึ่งเป็นฮอร์โมนกระตุ้นความหิวให้ลดลง และเพิ่มฮอร์โมนเลปตินทำให้ร่างกายรับรู้ว่ามีไขมัน ไม่รู้สึกหิวบ่อย ในทางกลับกันการพักผ่อนไม่เพียงพอ ระดับฮอร์โมนเกรลินเพิ่มสูงขึ้น และเลปตินลดลง ร่างกายรู้สึกหิวมาก ทำให้รับประทานมากขึ้น และเลือกรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง ประกอบกับการพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้กระบวนการเผาผลาญช้าลง ร่างกายมีการสะสมไขมัน ส่งผลให้เกิดโรคอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ Hall, Muldoon, Jennings, Buysse, Flory, & Manuck, (2008) พบว่า ผู้ที่ใช้เวลาในการนอนหลับ 7 - 8 ชั่วโมงต่อคืน จะมีอัตราการเกิดภาวะอ้วนลงพุงต่ำ ส่วนผู้ที่ใช้เวลาในการนอนหลับสั้น จะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ravinit & Sattam (2016) พบว่า การนอนหลับไม่เพียงพอต่อวันจะทำให้ระดับฮอร์โมนอินซูลินต่ำ ซึ่งเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคอ้วนได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย ถึงแม้ว่านักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนอยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ฉะนั้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ควรจัดกิจกรรมเพื่อให้นักศึกษามีความตระหนักถึงการมีภาวะโภชนาการ โดยเฉพาะนักศึกษาที่มีบุคคลภายในบ้านมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ทั้งนี้จะต้องให้นักศึกษามีความตระหนักในการพักผ่อนที่เพียงพอร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยและพัฒนารูปแบบการลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในนักศึกษาพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

References

Best, J. W. (1977). *Research in education*. (3rd ed.) Englewood Cliffs,. New Jersey : Prentice Hall, Inc.

- Bureau of Nutrition. (2024). Annual report 2023. Retrieved April 5, 2024 from https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-uploader/6x22caac.0452648c8dd1f534819ba2f16c/202503/m_magazine33500/5177/file_download/a079c0d10ee68cdd317211267311d337.pdf
- Chobthamasakul, S. (2019). Relationship between health literacy and obesity prevention Behavior of undergraduate students in Bangkok metropolitan region. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies*, 8(1), 116–123.
- Hall, M. H., Muldoon, M. F., Jennings, J. R., Buysse, D. J., Flory, D. J., & Manuck, S. B. (2008). Self-reported sleep duration is associated with the metabolic syndrome in midlife adults. *Sleep*, 31(5), 635-643.
- Hoseini, M., Bardoona, S., Bakhtiari, A., Adib-Rad, H., & Omidvar, S. (2022). Structural model of the relationship between physical activity and students' quality of life: Mediating role of body mass index and moderating role of gender. *Plos one*. 17(8), 1-13.
- Jaiyod, N. & Manoton, A. (2023). Effectiveness of applying the concept of health belief model in modifying obesity reduction behavior of Sukhothai personnel, muang district, Sukhothai province. *Academic Journal of Community Public Health*, 9(1), 56.
- Krungkraipech, L. & Krungkraipech, K. (2012). Relationship between adequate breakfast consumption and fatigue in the morning class among medical students, Burapha University. *The public Health Journal of Burapha University*, 7(1), 13–18.
- Maytapattana, M. (2017). Factor associated with food consumption Behavior of nursing students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(3), 20-29.
- Nutrition Division, Department of Health. (2022). *Survey report on adolescent nutritional status, 2018*. Department of Health, Ministry of Public Health (Thailand).
- Office of Disease Prevention and Control 2, Phitsanulok. (2018). *Report on the incidence of overweight and obesity among adolescents in Health Region 12*. Office of Disease Prevention and Control 2, Phitsanulok.
- Puntiya, P. (2020). Obesity in physician. *Journal of Health Systems Research*, 14(1), 19-25.
- Phisansuthichol, S., & Panyawan, I. (2022). Factors associated with body mass index among nursing personnel in Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital. *LannaPublic Health Journal*, 18(1), 68-79.
- Pudcharakuntana, P., Khungtumneam, K., & Durongritichai, V. (2015). The factors associated to the prevalence of obesity in adults in Bang Sao Thong municipality, Samut Prakan province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 16(2), 131-139.
- Ravinit, P. & Sattam, A. (2016). Factor associated with the metabolic syndrome in Chamab sub-district, Wang Noi district, Ayutthaya province. *APHEIT Journal Science & Technology*. 5(2), 33-47.
- Ravinit, P., & Sattam, A. (2016). Factor Associated with the Metabolic Syndrome in Chamab Sub-district, Wang Noi District, Ayutthaya Province. *APHEIT Journals*, 5(2), 33-47.
- Ruangying, J., Jorajit, S., & Janyam, K. (2016). Food consumption behavior of adolescents in Songkhla province: synthesis of literacy and factors influencing food. *Journal of Liberal Arts, Prince of Unversity, Hat Yai Corppus*, 8(1), 245-264.

- Sidahat. J., Kwansungnoen, P., Poangklang, P., Aeksanti, T., & Yupa, P. (2022). Health behavior on 3E2S (Eating, exercise, emotion, stop smoking, and stop drinking) among students in Nakhon Ratchasima Rajabhat University. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office*, 8(2), 60-71.
- Thongsuk, S., Putawatana, P., & Orathai, P. (2012). Health promoting behaviors of ramathibodi nursing students. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(2), 178-189.
- Thuwanon, S. & Sathituittasakon, T. (2017). Behavioral health of nursing students nursing University Chulermkanchana Sisaket. *Chulermkanchana Academic Journal*, 4(2), 92-96.
- World Health Organization. (2022). *Obesity and overweight*. Retrieved April 5, 2024
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง
The Effects of a Family Engagement Program on Infection Prevention
Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease Undergoing
Peritoneal Dialysis

พิมพรรณ เรืองพุฒ^{1*}, รัตนภรณ์ วงบุญคง², กุลวดี ผลประดิษฐ์², ธัญวรา จันทร์สังข์², วริษฐา มณีโชติ²,
หฤดี ดามพงษ์², สุวภา ตะแหละ² และ ศศิธร ภูวสุธ²

Pimpawan Rueangphut^{1*}, Rattanaporn Wangbunkhong², Kunwadee Phonpradit²,
Thanwara Jansang², Warittha Maneechot², Harudee Damaphong², Suwapa Talaea²,
and Sasithorn Phuwasuthorn²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²นักศึกษพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² The Student of Bachelor of Nursing Science Program, Boromarajonani College of Nursing
Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: April 7, 2025; Revised: May 1, 2025; Accepted: May 19, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง วัดภูประสงค์เพื่อศึกษา
ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไต
ทางช่องท้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรักษาด้วยล้างไตทางช่องท้อง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง
จำนวน 23 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดการดูแลร่วมกันของ Sebern
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วม
ของครอบครัวเพิ่มขึ้น ($p = 0.002$) แต่คะแนนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
ก่อนและหลังใช้โปรแกรมไม่มีความแตกต่างในภาพรวม แต่แตกต่างกันในรายด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา
ล้างไต ($p = 0.005$) การดูแลความสะอาดแผล ($p < 0.001$) การดูแลสิ่งแวดล้อม ($p = 0.001$) และการดูแลสุข
วิทยาส่วนบุคคล ($p = 0.014$) ตามลำดับ

ฉะนั้น ควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในหน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องและมี
ประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของครอบครัว, พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ, การล้างไตทางช่องท้อง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ying.pim@hotmail.com)

Abstract

This study was a quasi-experimental one-group pretest-posttest design. The objective was to examine the effect of a family engagement program on infection prevention behaviors among patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis. The sample consisted of 23 patients receiving peritoneal dialysis, selected through purposive sampling. The research instrument was a family engagement program based on the collaborative care concept by Seburn. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Wilcoxon signed-rank test.

The results showed that after implementing the family engagement program, the experimental group demonstrated a statistically significant increase in the mean score of family participation ($p = 0.002$). However, there was no significant difference in overall infection prevention behavior scores before and after the program. Nevertheless, significant improvements were observed in specific areas: peritoneal dialysis fluid exchange ($p = 0.005$), wound cleanliness care ($p < 0.001$), environmental hygiene ($p = 0.001$), and personal hygiene care ($p = 0.014$), respectively.

Therefore, the family engagement program should be applied in hospital dialysis units and sub-district health promoting hospitals within the network to promote family involvement in the care of patients with chronic kidney disease undergoing peritoneal dialysis. This would help enhance patients' self-care behaviors for effective and continuous infection prevention.

Keywords: Family Engagement, Infection Prevention Behaviors, Peritoneal Dialysis

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease: CKD) เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก โดยเฉพาะโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องให้การรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง หรือการปลูกถ่ายไต สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยรายงานจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้อง ปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 มีผู้ป่วย จำนวน 26,070, 30,869, และ 34,467 ราย ตามลำดับ (The Nephrology Society of Thailand, 2020) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องมักเปลี่ยนน้ำยาล้างไตวันละ 4 - 6 ครั้ง และในแต่ละครั้งของการเปลี่ยนน้ำยามีโอกาสเกิดการติดเชื้อในเยื่อช่องท้อง เนื่องจากการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การละเลย ไม่เคร่งครัดในขั้นตอนวิธีการต่าง ๆ เช่น ล้างขั้นตอนปรับเทคนิควิธีล้างไตผ่านทางช่องท้องให้สั้นลง ล้างมือไม่ถูกวิธี ไม่คัดแยกขยะ จัดเตรียมบริเวณจัดวางอุปกรณ์ในการเปลี่ยนน้ำยาล้างไตไม่สะอาด สิ่งแวดล้อมภายในห้องอับชื้น เก็บน้ำยาไม่เรียงลำดับการใช้ก่อน-หลัง (Kanjanauch, 2013) จากการศึกษาของ Suanpoot (2014) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง คือ การล้างมืออย่างไม่ถูกวิธีของผู้ดูแล การไม่ปิดแผลขณะอาบน้ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tiawilai & Tantivichitvej (2020) พบว่า ระดับการศึกษา การล้างมือบางครั้ง การสวมผ้าปิดปากและจมูกบางครั้ง สถานที่เปลี่ยนน้ำยาล้างไตที่ไม่ได้มาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะติดเชื้อเยื่อช่องท้องครั้งแรกของผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่งพบว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะเยื่อช่องท้องอักเสบจากการล้างไตทางช่องท้อง คิดเป็น 0.35 ครั้งต่อผู้ป่วย/ปี (Somboon & Kamsa-ard, 2019) 0.45 ครั้งต่อผู้ป่วย/ปี (Chieochanthanakij, 2020) (เกณฑ์มาตรฐานสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย มากกว่า 24 เดือนต่อการติดเชื้อหนึ่งครั้ง) จากรายงานหน่วยไตเทียม โรงพยาบาล

มหาราช นครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564, 2565 และ 2566 พบอัตราการเกิดการติดเชื้อเยื่อ
ช่องท้องระยะเวลาดำเนิน 33, 40, 33, 34 และ 32 เดือนติดเชื้อหนึ่งครั้ง ตามลำดับ

การติดเชื้อเยื่อช่องท้องที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ทำให้เกิด
ความเครียด วิถีการกิน นอน ท้อแท้ และนำสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Artiwitichayanon, 2017) ผลการศึกษาของ
Prapaiwong, Sriyuktasuth, Na Ayuthya, & Vongsirimas (2015) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตใน
ผู้หญิงที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และการทำ
หน้าที่ทางเพศ ครอบครัวจึงเป็นส่วนหนึ่งในการร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การสนับสนุนจากสมาชิกใน
ครอบครัวในการจัดเตรียมเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การดูแลแผลช่องสายออก การดูแล
ความสะอาดสิ่งแวดล้อม จะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการล้างไตได้
(Theppaengta, 2024) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ ตามแนวคิดทฤษฎีการมี
ส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) เชื่อว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) การสื่อสาร เป็นการสื่อสารแลกเปลี่ยนด้านการล้างไต โดยให้สมาชิกในครอบครัว
รับรู้และเข้าใจในความต้องการการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการล้างไตทางช่องท้อง 2) การตัดสินใจ เป็นการหา
ปัญหาการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้อง และร่วมกันตัดสินใจในการดูแลจัดการปัญหาการติดเชื้อที่เกิดขึ้น
3) การมีส่วนร่วมในการกระทำร่วมกัน เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเข้าใจ การรับฟัง และการมีส่วนร่วมในการดูแล
จึงเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลร่วมกันที่ดีและมีประสิทธิภาพ
จากผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่องท้องและครอบครัว สามารถลด
ความเสี่ยงต่อการเกิดติดเชื้อเยื่อช่องท้อง (Waree, Saengpho, & Sansuk, 2019) และลดการติดเชื้อที่แผล
ช่องสายออกได้ (Pairojkittrakul, Harnirattisai, & Thitiarchakul, 2014) ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการ
ดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการช่วยเหลือด้านการดูแลสุขอนามัย การปฏิบัติตาม
แนวทางการล้างไต และการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อ งานวิจัยก่อนหน้านี้ยังระบุว่า การมี
ส่วนร่วมของครอบครัวสามารถช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเยื่อช่องท้องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
ที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องได้อย่างมีนัยสำคัญ (Waree, Saengpho, & Sansuk, 2019)

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ระบุถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเยื่อช่องท้องในผู้ป่วยที่
ได้รับการล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง เช่น พฤติกรรมสุขอนามัยที่ไม่เหมาะสม การขาดความรู้หรือ
การฝึกอบรมของผู้ดูแล และการไม่ปฏิบัติตามเทคนิคปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัดนั้น ยังมีงานวิจัยจำนวนน้อยที่
ประเมินผลของโปรแกรมที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันการติดเชื้ออย่างเป็นระบบโดยตรง
อาจมีการกล่าวถึงบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยที่ล้างไตทางช่อง
ท้อง แต่ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่มีการออกแบบให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
อย่างชัดเจนต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วย นอกจากนี้งานวิจัยที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่
เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหรือความสัมพันธ์ ซึ่งไม่สามารถระบุผลเชิงสาเหตุของการแทรกแซงได้อย่างชัดเจน
ยังขาดการศึกษาในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลองที่สามารถประเมินผลกระทบของการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อ
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องได้โดยตรง และด้วยแนวโน้ม
การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยการล้างไตทางช่องท้องที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้จึงมีความสำคัญ
เนื่องจากมุ่งเน้นไปที่การประเมินผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติด
เชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ด้วยการใช้การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)
เพื่อประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น หากโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพ อาจนำไปสู่การพัฒนาแนว
ทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมมากขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลต่าง ๆ เพื่อช่วยลดอัตรา
การติดเชื้อ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยล้างไตผ่านทางช่องท้องในระยะยาว

วัตถุประสงค์วิจัย

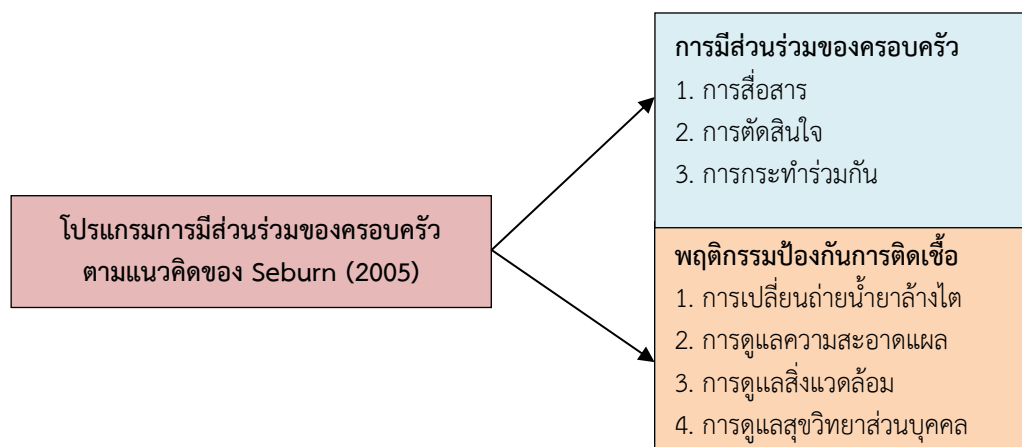
1. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของครอบครัวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

สมมติฐาน

1. หลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
2. หลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล (Share care) ของ Sebern (2005) มาประยุกต์ใช้เพื่อจัดทำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ 1) การสื่อสาร (Communication) เป็นการสื่อสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว และเข้าใจขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลความสะอาดแผล การดูแลสิ่งแวดลอม และการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล 2) การตัดสินใจ (Decision-making) เป็นการค้นความต้องการการช่วยเหลือ และปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลและตัดสินใจจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น 3) การมีส่วนร่วมในการกระทำร่วมกัน (Reciprocity) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเข้าใจ การรับฟัง และการกระทำร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องและครอบครัว จำนวน 61 ราย ที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยไตเทียม โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป และครอบครัว คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference between two dependent means (matched pairs) เลือก One tailed กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.6 (Pongkerd & Choowattanapakorn, 2016) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 19 ราย เมื่อคำนวณความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 (Chirawatkul, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 23 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด (Purposive sampling) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusive criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป 2) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน 4) ผู้ป่วยและครอบครัวยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา และ 5) ผู้ดูแลหลักต้องเป็นบุคคลเดียวกันตลอดการศึกษา

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusive criteria) ดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมในกระบวนการศึกษาได้ทุกขั้นตอน 2) มีภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย/หรือมีความผิดปกติใดๆจนต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้แก่ ภาวะน้ำท่วมปอด ภาวะติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง และ 3) มีการเปลี่ยนวิธีการล้างไตทางช่องท้อง เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง เป็นรูปแบบการดูแลร่วมกันของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Sebern (2005) เพื่อส่งเสริมการดูแลร่วมกันของครอบครัว ประกอบด้วย 1) คู่มือการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง 2) แผนการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมด้านการสื่อสารโดยผู้วิจัยให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกัน ด้านการตัดสินใจร่วมแก้ปัญหาโดย ผู้วิจัยทบทวนความรู้ สาทิต และฝึกปฏิบัติ และเปิดโอกาสให้พูดคุยปัญหา และด้านการกระทำร่วมกันโดยทบทวนแผนการดูแลร่วมกัน กระตุ้นการมีส่วนร่วม ให้กำลังใจ และสังเกตพฤติกรรมมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด และปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาการล้างไตทางช่องท้อง ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต และประวัติการติดเชื้อเยื่อหุ้มช่องท้อง

2.2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามปลายเปิด และปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์ฝึกปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง และหน้าที่หลักของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต จำนวน 11 ข้อ 2) ด้านการดูแลความสะอาดแผล จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และ 4) ด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งรวม จำนวน 34 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง 5 - 6 วันต่อสัปดาห์ (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ (3 คะแนน) ไม่ค่อยปฏิบัติ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อดี ถ้ามีคะแนนน้อย หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไม่ดี

2.4 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ประกอบด้วย 1) การสื่อสาร จำนวน 5 ข้อ 2) การตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ และ 3) การกระทำร่วมกัน จำนวน 6 ข้อ รวมทั้งหมด จำนวน 14 ข้อ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน 5 ระดับ คือ มีการตอบสนองให้ความร่วมมือมากที่สุด (5 คะแนน) มีการตอบสนองให้ความร่วมมือมาก (4 คะแนน) มีการตอบสนองให้ความร่วมมือปานกลาง (3 คะแนน) มีการตอบสนองให้ความร่วมมือน้อย (2 คะแนน) ไม่มีการตอบสนองให้ความร่วมมือ (1 คะแนน)

การแปลผล คะแนนรวมสูง หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดูแลสูง คะแนนรวมน้อย หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดูแลน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ฯ คู่มือการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคไตที่ล้างไตทางช่องท้อง แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคไต 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน 1 ท่าน และปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ เท่ากับ 0.95 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว เท่ากับ 0.98

จากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาสามารถปฏิบัติตามได้ และนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบพบว่า แบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.86 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2567 – 26 ธันวาคม 2567 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช และทำหนังสือถึงสาธารณสุขอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช

2. ผู้วิจัยประสานพื้นที่ชุมชน ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และชี้แจงความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวซักถาม และใช้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยได้ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ก่อนใช้โปรแกรม ฯ (Pre test)

ขั้นตอนทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง โดยการเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยแนะนำตัวเอง สังเกตสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ผู้วิจัยให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้คู่มือการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยจัดทำ ประกอบด้วยเนื้อหา การเปลี่ยนถ่ายน้ำล้างไต การดูแลความสะอาดแผล การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันค้นหาปัญหาความต้องการของครอบครัว ความต้องการการช่วยเหลือ ตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลร่วมกัน เพื่อจัดการพฤติกรรมที่อาจส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมอง และนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2

1. ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนความรู้ และส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยสาธิตและฝึกทักษะในการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลแผลหน้าท้อง การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างเปลี่ยนถ่ายน้ำยา การทำแผล และแนวทางแก้ปัญหา
สัปดาห์ที่ 3-5

1. ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนแผนการดูแลร่วมกัน กระตุ้นการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกัน ให้กำลังใจในการดูแลร่วมกัน และสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลแผลหน้าท้อง การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2. กระตุ้นการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแก้ปัญหาร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 6

1. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง ประเมินพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ และประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2. ให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยสรุปกิจกรรม เน้นย้ำให้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

3. ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล

ขั้นหลังทดลอง

ผู้วิจัยได้ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง หลังใช้โปรแกรม ฯ (Post test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังการโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ใช้สถิติ Shaprio-wilk พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Sing-rank test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ใช้สถิติ Paired T-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่รับรอง Exc-17/2567 วันที่ 26 กันยายน 2567 – 25 กันยายน 2568 และผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการวิจัย หลังจากนั้นให้แบบสอบถามและเอกสารข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนลงลายมือยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1 - 2

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	60.87
หญิง	9	39.13
อายุ (M=55, SD=12.77)		
30-44 ปี	3	13.04
45-60 ปี	12	52.17
61-77 ปี	8	34.78
อาชีพหลัก		
ค้าขาย	7	13.04
รับจ้าง	3	13.04
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	73.92
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	8.70
ประถมศึกษา	10	43.48
มัธยมศึกษา	6	26.08
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	5	21.74
สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	20	86.96
ประกันสังคม	2	8.70
ข้าราชการ	1	4.34
ระยะเวลาที่ล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (M=4.46, SD=2.26)		
2 เดือน – 3 ปี	11	47.82
3 ปี – 6 ปี	6	26.09
6 ปี – 10 ปี	6	26.09
ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการล้างไต		
ไม่มี	16	69.57
มีเยื่อเมือก	6	26.08
น้ำยาไหลออกไม่ดี	1	4.35
ประวัติการติดเชื้อเยื่อช่องท้อง		
ไม่เคยติดเชื้อ	15	65.22
เคยติดเชื้อ	8	34.78

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) เป็นเพศชาย เป็นสองเท่าของเพศหญิง (ร้อยละ 60.87) มีอายุเฉลี่ย 55 ปี (SD=12.77) เกือบ 3 ใน 4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 73.92) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.48) และใช้สิทธิการรักษาเป็นบัตรทอง (ร้อยละ 86.96) ระยะเวลาที่ล้างไตผ่านทางช่องท้องอย่างต่อเนื่องโดยเฉลี่ย 4.46 ปี (SD=2.26) ผู้ป่วยเกินครึ่งไม่ค่อยมีปัญหาในระหว่างการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต (69.57) และไม่เคยติดเชื้อที่เยื่อช่องท้อง (ร้อยละ 65.22)

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลัก (n= 23)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	34.78
หญิง	15	65.22
อายุ (M= 49.08, SD= 13.90)		
25 - 40 ปี	8	34.78
41 - 59 ปี	8	34.78
60 - 75 ปี	7	30.44
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรวม	2	8.70
ค้าขาย	7	30.43
รับจ้าง	7	30.43
รับราชการ	3	13.04
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	17.40
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	5	21.74
มัธยมศึกษา	9	39.13
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	9	39.13
สถานภาพ		
โสด/หย่าร้าง	7	30.43
คู่	16	69.57
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	1	4.36
สามี/ภรรยา	7	30.43
บุตร	7	30.43
ญาติ	8	34.78
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (M= 3.68, SD= 3.02)		
2 เดือน - 3 ปี	15	65.22
4 ปี - 6 ปี	2	8.70
7 ปี - 10 ปี	6	26.08
ประสบการณ์ฝึกปฏิบัติล้างไตทางช่องท้อง		
หน่วยไตเทียมสอน	21	91.30
ผู้ป่วย/ญาติสอน	2	8.70
หน้าที่หลักของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย		
ช่วยล้างไต	6	26.09
ทำความสะอาดแผล	2	8.70
เตรียมอาหาร	6	26.09
ทำความสะอาดห้องล้างไต	1	4.34
ทำมากกว่า 1 อย่าง	8	34.78

จากตาราง 2 พบว่า ผู้ดูแลหลักเกินครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.22) มีอายุเฉลี่ย 49.08 ปี (SD=13.90) อาชีพค้าขายกับรับจ้างมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 30.43) เช่นเดียวกับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาและ

อนุปริญา/ปริญาตรี (ร้อยละ 39.13) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.57) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นสามีภรรยาหรือบุตร (ร้อยละ 30.43) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2 เดือน – 3 ปีเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.22) เกือบทั้งหมดผ่านประสบการณ์ฝึกปฏิบัติทางห้องทดลองจากหน่วยไตเทียม (ร้อยละ 91.30) และผู้ดูแลหลักทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 1 อย่าง (ร้อยละ 34.78)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมของครอบครัวก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้แก่ การสื่อสารในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้และเข้าใจ ขั้นตอนการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลความสะอาดแผล การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การตัดสินใจในการค้นหาความต้องการการช่วยเหลือ เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลและตัดสินใจ จัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การมีส่วนร่วมในการกระทำร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ด้วย สถิติ Wilcoxon Signed-Ranks Test ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของครอบครัว	M	SD.	Z	p-value (2-tailed)
การสื่อสาร				
ก่อนทดลอง	22.22	4.64	2.75	0.006
หลังทดลอง	22.78	4.50		
การตัดสินใจ				
ก่อนทดลอง	13.30	2.69	1.18	0.238
หลังทดลอง	13.52	2.94		
การกระทำร่วมกัน				
ก่อนทดลอง	23.35	7.04	2.82	0.005
หลังทดลอง	24.52	6.79		
ภาพรวมของการมีส่วนร่วม				
ก่อนทดลอง	58.87	13.60	3.07	0.002
หลังทดลอง	60.83	13.69		

จากตาราง 3 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลร่วมกันของผู้ป่วยและครอบครัว แยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการกระทำร่วมกันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลร่วมกันด้านการสื่อสาร และด้านการกระทำร่วมกันเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการดูแลร่วมกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = .006$ และ $.005$) ตามลำดับ ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลร่วมกันด้านการตัดสินใจ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้แก่ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลความสะอาดแผล การดูแลสิ่งแวดล้อม การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้วยสถิติ Paired Simple t- test ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วม

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ	M	SD	Mean Diff.	95%CI	t	p-value (2-tailed)
การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต						
ก่อนทดลอง	51.87	3.36	0.26	-1.37-0.27	-3.127	0.005
หลังทดลอง	52.70	2.57				
การดูแลความสะอาดแผล						
ก่อนทดลอง	38.22	2.37	0.29	2.62-3.81	11.179	< 0.001
หลังทดลอง	35.00	1.68				
การดูแลสิ่งแวดล้อม						
ก่อนทดลอง	36.00	5.21	0.30	-1.89-0.63	-4.162	0.001
หลังทดลอง	37.26	5.00				
การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล						
ก่อนทดลอง	32.13	2.55	0.36	-1.70-0.21	-2.670	0.014
หลังทดลอง	33.09	2.04				
รวมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ						
ก่อนทดลอง	158.22	9.61	0.60	1.06-1.41	0.292	0.773
หลังทดลอง	158.04	8.37				

จากตาราง 4 พบว่า หลังใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการป้องกันพฤติกรรมติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันในภาพรวม แต่มีความแตกต่างกันในแต่ละด้าน โดยกลุ่มทดลองมีการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ การเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลความสะอาด การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.005, 0.001, < 0.001$ และ 0.014) ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared care) ของ Sebern (2005) ที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลสุขภาพ โดยเน้นบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลที่มีความสามารถร่วมกับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงจากโรคหรือภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาที่นำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองและของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง สามารถนำไปสู่การช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ และลดพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Sebern (2005) ซึ่งระบุว่าความสัมพันธ์แบบ “ร่วมดูแล” ที่มีรากฐานจากความไว้วางใจ การสื่อสาร และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน จะช่วยเพิ่มศักยภาพของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในการจัดการสุขภาพ ส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Promchaiman (2020) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล โดยการซักถามและสามารถบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง ร่วมกันแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และสามารถล้างไตผ่านทางช่องท้องได้ถูกต้องตามขั้นตอนและระมัดระวังการเกิดเยื่อช่องท้องในการดูแลตนเอง สามารถ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองมากขึ้น เช่นเดียวกับ Waree, Saengpho, & Sansuk (2019) ที่ศึกษาผลของการสร้างเสริมการจัดการสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเยื่อหุ้มสมองของบุคคลที่ได้รับการล้างไตผ่านทางช่องท้องแบบต่อเนื่องและครอบครัว โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการพยาบาลครอบครัว ได้แก่ การประชุมครอบครัว การสอนครอบครัว การให้คำปรึกษาครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัว การประคับประคองจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว และแนวทางการจัดการตนเองของครอบครัว ที่มุ่งเน้นความต้องการด้านการเจ็บป่วย เพื่อให้บุคคลและครอบครัวเกิดกระบวนการเรียนรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และสามารถปรับตัวอยู่กับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนได้เหมาะสมกับบริบทครอบครัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการสุขภาพบุคคลและครอบครัวในทิศทางที่ดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการดูแลร่วมกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการสื่อสาร ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อหาข้อตกลง หรือวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมสำหรับทุกฝ่าย และเป็นกระบวนการที่บุคคลเข้าร่วมในกิจกรรมหรือการตัดสินใจต่าง ๆ โดยแสดงบทบาทและมีอิทธิพลกระบวนการเหล่านั้น เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำความสะดวกแผล การปฏิบัติการล้างไต ร่วมกันประเมินและสังเกตอาการที่ผิดปกติเกี่ยวกับการติดเชื้อที่แผลช่องสายทางออก การคำนวณโปรตีน และการเมนูอาหารที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในด้านเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยล้างไตสามารถดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน

สำหรับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อด้านการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง การดูแลความสะดวกแผล การดูแลสิ่งแวดล้อม และการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อาจเป็นเพราะว่าการสร้างบรรยากาศภายในกลุ่ม รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัว กระตุ้นและให้กำลังใจพร้อมกำหนดเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (Kongkasaem, Lagampan, & Chuengsaman, 2017) เมื่อพิจารณารายละเอียดของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ด้านการเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเปลี่ยนถ่ายน้ำยาล้างไตสูงกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมเปลี่ยนถ่ายน้ำยาที่ดีขึ้น เช่น สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนถ่ายน้ำยา ทำความสะดวกมือทุกครั้งตามขั้นตอน เช็ดทำความสะอาดโต๊ะ วางอุปกรณ์ล้างไต ตรวจสอบเช็การเปิดตัวหนีบ การหัก พับ งอ หรือการอุดตันของสายน้ำยา หากน้ำยาไม่ไหลหรือไหลช้า แก้ไขโดยการปิรูตสาย พลิกตะแคงตัว และสังเกตความผิดปกติของน้ำยาที่ออกมา เช่น ลักษณะสีความขุ่น ตะกอน เยื่อวัน และเลือด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วยได้รับความรู้จากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างสม่ำเสมอ มีการฝึกปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงมักคำนึงถึงคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในการเฝ้าระวังเรื่องการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อที่บ้านสูงขึ้นด้วย (Muangthai & Kantabanlang, 2024; Pawapotako, Kasatpibal, & Viseskul, 2024) ส่วนด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อาจมาจากผู้ป่วยมีการปรับแยกเก็บน้ำยาล้างไตออกจากห้องที่ใช้สำหรับเปลี่ยนถ่ายน้ำยา วางน้ำยาล้างไตสูงจากพื้นเพื่อป้องกันแมลงและความชื้น และการดูแลห้องเปลี่ยนถ่ายน้ำยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับวิจัยของ Theppaengta (2024) พบว่าการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับตนเอง การจัดห้องสำหรับเปลี่ยนน้ำยา อ่างล้างมือ การเก็บน้ำยา และการเก็บอุปกรณ์ สามารถลดภาวะแทรกซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ ทางด้านการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายถึงบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยและบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลผู้ป่วยจึงมีการปรับปรุงดีขึ้น ผู้ป่วยมีการรักษาความสะดวกของผิวหนังบริเวณรอบ ๆ ท่ออย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการรดเข็มขัด

บริเวณหน้าท้อง ดูแลให้ส้นและสะดืออยู่เสมอ เปลี่ยนเสื้อผ้าทุกครั้งเมื่อมีการเปียกชื้น เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Peaschpunpisal, Leungsomnana, Chanthapech, & Pangsee (2018) ที่พบว่า การจัดการของครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญในการอำนวยความสะดวกจัดเตรียมสภาพแวดล้อมรวมถึงการดูแลและกระตุ้นเตือนผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ด้านการดูแลความสะอาดแผลก่อนและหลังทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง แต่จากการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยบางรายไม่ได้ทำความสะอาดแผลหน้าท้องและช่องสายออกของสายล้างท้องทุกวัน โดยผู้ป่วยทำความสะอาดแผล 2 วันต่อครั้ง และจะระมัดระวังไม่ให้อาหารสัมผัสแผลเปียกชื้น ทั้งนี้ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าอุปกรณ์ในการทำแผลและแผ่นแปะแผลกันน้ำนั้นผู้ป่วยต้องจัดหาซื้อเอง หากทำแผลทุกวันจะทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และจากการทดลองยืดระยะเวลาในการทำแผลเป็นวันเว้นวันพบว่าแผลปกติดี ไม่บวมแดง จากการศึกษาของ Sriudom, Kengganpanich, & Benjakul (2018) ได้อธิบายถึงการรับรู้ความสามารถตนเองในการล้างไตทางช่องท้องของผู้ป่วยไว้ว่า การฝึกทักษะการทำความสะอาดแผลจนเกิดความชำนาญ สามารถจดจำขั้นตอนได้ถูกต้อง มีการเรียนรู้ประสบการณ์ด้วยตนเอง รับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคจากการปฏิบัติ จึงมีการปรับวิธีการดูแลให้เข้ากับบริบทของตนเอง แต่ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้คำพูดกระตุ้นให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ทำแผลทุกวัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในหน่วยไตเทียมของโรงพยาบาล โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง นอกจากนี้ กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย ควรติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้องให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ล้างไตทางช่องท้อง ให้มีระยะเวลาในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ควรมีการประเมินอัตราการเกิดเยื่อช่องท้องอักเสบ และการติดเชื้อบริเวณแผลช่องสายออก

References

- Artiwitachayanon, A. (2017). Depression in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Burapha Journal of Medicine*, 4(2), 67-78. (in Thai)
- Chieochanthanakij, R. (2020). Twelve Years CAPD Outcomes in Peritoneal Dialysis Unit of Sawanpracharak Hospital. *Sawanpracharak Medical Journal*, 17(3), 63-80. (in Thai)
- Chirawatkul, A. (2013). *Statistics for Health Science Research*. Bangkok: Wittayapat. (in Thai)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). *G*Power 3: A Flexible Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers*.
- Kanjanabuch, T. (2013). *Textbook of practical peritoneal dialysis*. Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- Kongkasaem, C., Lagampan, S., & Chuengsaman, P. (2017). A program enhancing adaptation of patients with end stage renal disease and treatment by continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 75-89. (in Thai)

- Muangthai, S., & Kantabanlang, Y. (2024). End-stage Renal Patients' Lifestyle after Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 18(2), 679-694. (in Thai)
- Pairojkitrakul, S., Harnirattisai, T., & Thitiarchakul, S. (2014). The Effect of a Shared Care-Promoting Program on Shared Care, Nutritional Status and, Exit Site Infection among Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(3), 325-340. (in Thai)
- Pawapotako, J., Kasatpibal, N., & Viseskul, N. (2024). Factors Related to Infection Prevention Practices among Patients Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 35(2), 99-113. (in Thai)
- Peaschpunpisal, C., Leaungsomnapa, Y., Chanthapech, R., & Pangsree, S. (2018). Self-management for Preventing Peritonitis at Least 18 Months in Patients with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 29(1), 17-28. (in Thai)
- Pongkerd, R., & Choowattanapakorn, T. (2016). The Effect of Empowerment Program on Self-Care Behaviors in the Older Persons with Chronic Kidney Disease Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(2), 165-182. (in Thai)
- Prapaiwong, P., Sriyuktasuth, A., Na Ayuthya, S. K., & Vongsirimas, N. (2015). Factors Influencing Quality of Life in Women Receiving Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 7(3), 37-48. (in Thai)
- Promchaiman, J. (2020). *The Effects of Self-Management Program on Knowledge, Self-Management Behaviors and Peritonitis in Patients with Chronic Kidney Disease Having Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the Master of Nursing Science (Adult Nursing) College of Nursing, Christian University of Thailand. (in Thai)
- Sebern, M. (2005). Shared Care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 170-179.
- Somboon, K., & Kamsa-ard, S. (2019). Epidemiology and Treatment Outcome of Peritoneal Dialysis (PD)-Related Peritonitis. *Mahasarakham Hospital Journal*, 16(1), 13-21. (in Thai)
- Sriudom, K., Kengganpanich, T., Kengganpanich, M., & Benjakul, S. (2018). Behavioral Modification Program for Continuous Peritoneal Dialysis of Patients with End-Stage Renal Disease. *Journal of Health Education*, 41(1), 49-61. (in Thai)
- Suanpoot, W. (2014). Factors associated with infection in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis, Song District, Phrae Province, Thailand. *Journal of Health Science of Thailand*, 23(2), 284-289. (in Thai)
- The Nephrology Society of Thailand. (2020). *Thailand renal replacement therapy: Year 2020*. Retrieved November 3, 2023 from <https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2022/06/Final-TRT-report-2020.pdf> (in Thai)

- Theppaengta, A. (2024). Effect of Peritoneal Dialysis Skills Training Program in Patients with End-stage Chronic Kidney Disease who Receive Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis on Behaviour Prevention Peritonitis. *Journal of Rajabhat Nursing and Health Sciences*, 4(1), 14-26. (in Thai)
- Tiawilai, T., & Tantivichitvej, R. (2020). The Incidence and Risk Factors of First Peritonitis Episode in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients of Photharam Hospital. *Region 4-5 Medical Journal*, 39(1), 51-64. (in Thai)
- Waree, M., Saengpho, N., & Sansuk, J. (2019). The Effect of Enhancing Family Health Management to Prevention Peritonitis Behavior Among Persons with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis. *Nursing, Health, and Education Journal*, 2(3), 22-31. (in Thai)

การทบทวนวรรณกรรมองค์ประกอบสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ
A Literature Review on the Components of a Toxic Work Environment

ธนวัฒน์ หงษ์สา¹ และ ฌาน ปัทมะ พลยง^{2*}

Thanawat Hongsa¹ and Chan Pattama Polyong^{2*}

¹กลุ่มงานบริหารงานบุคคล โรงเรียนอนุบาลชลบุรี

²สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

¹ Human Resources Management, Anuban Chonburi School

²Occupational Health and Safety Program, Bansomdejchaopraya Rajabhat University

(Received: February 2, 2025; Revised: May 16, 2025; Accepted: May 26, 2025)

บทคัดย่อ

สภาพการทำงานที่เป็นพิษ ยังเป็นประเด็นใหม่ของสังคมไทย อย่างไรก็ตาม จากสื่อสังคมออนไลน์เห็นได้อย่างต่อเนื่องถึงความเป็นพิษในสังคมเรียกว่า “สังคมท็อกซิก” ในบทความนี้จะใช้คำว่า “สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ” ซึ่งการทำงานร่วมกันในสังคมที่เป็นพิษย่อมส่งผลกับภาวะทางจิตใจของผู้ปฏิบัติงานร่วมกัน ทั้งนี้สังคมเป็นพิษค่านี้นี้ยังไม่มีค่านิยามที่ตรงกันทั่วโลก หลายการศึกษาได้มีการรายงานถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ที่อาจนำมาเป็นตัวบ่งชี้ของความเป็นพิษในสังคมได้ จากการทบทวนงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องได้นำมาสังเคราะห์องค์ประกอบสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษพบทั้งหมด 13 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่มากกว่าร้อยละ 30 จำนวน 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การกลั่นแกล้งหรือให้ปริมาณงานที่เกินไป การคุกคาม หรือ ช่มชู้ การขับไล่หรือกีดกัน ความไม่สุภาพหรือหยาบคาย ผู้นำเชิงลบหรือหลงตัวเองหรือหลงอำนาจ สื่อสารไม่เป็นมิตรหรือดูหมิ่น และเลือกปฏิบัติหรือความไม่เท่าเทียม

ข้อเสนอแนะเชิงการศึกษาวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาถึงองค์ประกอบของสังคมเป็นพิษที่เพื่อนำมาสร้างเป็นเครื่องมือวัดที่เป็นมาตรฐาน หลังจากนั้นนำไปสำรวจในองค์กรเพื่อคัดกรองปัญหาในระดับความรุนแรงที่ต้องแก้ไข ในขั้นถัดไปควรมีการสร้างและพัฒนาแบบในการลดสังคมเป็นพิษในองค์กรทั้งในเชิงนโยบายการบริหารและเชิงปฏิบัติ และควรมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: องค์ประกอบ, สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ, สังคมที่เป็นพิษ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chan.bsru@gmail.com)

Abstract

Toxic work environments remain a relatively new issue in Thai society; however, ongoing discussions on social media have increasingly highlighted the prevalence of toxicity, often referred to as a “toxic society.” In this article, the term “toxic work environment” is used to describe such conditions, as working within a toxic social setting inevitably affects the psychological well-being of those involved. While the term “toxic society” lacks a universally accepted definition, numerous studies have identified various elements that may serve as indicators of toxicity. A review of relevant international research synthesized 13 components of toxic work environments, with seven components appearing in more than 30% of the studies, including bullying or excessive workload, harassment or threats, exclusion or ostracism, disrespect or rudeness, negative leadership including narcissism or authoritarianism, hostile or demeaning communication, and discrimination or inequality.

A recommendation for future research is to investigate the components of a toxic society in order to develop a standardized assessment tool. This tool could then be used to survey organizations, helping to screen for issues and measure the severity of toxicity that requires intervention. In the next phase, frameworks or models should be created and developed to reduce toxicity within organizations, both at the policy and operational levels. Continuous development efforts are also essential to foster and sustain a positive organizational culture built on well-being.

Keywords: Components, Toxic Work Environment, Toxic Society

บทนำ

สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ (Toxic work environment) ยังเป็นศัพท์ใหม่ของประเทศไทย ทั้งนี้พบรายงานเชิงวิชาการถึงความหมายของคำนี้จำนวนไม่มากนัก แต่ได้ยินบ่อยครั้งในภาษาพูดที่ใกล้เคียงว่า “สังคมเป็นพิษ” จากรายงานของสมาคมประวัติศาสตร์อเมริกา (American Historical Association) ได้กล่าวถึงที่มาของคำว่า “Toxic” (พิษ) เกิดขึ้นตั้งแต่สมัยโบราณ โดยนักธนูชาวไซเธียน (Scythian) ใช้จุ่มหัวลูกศรลงในส่วนผสมของเลือด มูสสัตว์ และพิษงู ชาวกรีกในสมัยนั้นเรียกว่า “Toxikon pharmakon” หรือแปลเป็นภาษาอังกฤษได้ว่า “Poisoned arrows” (ลูกศรพิษ) จากนั้นมีบัญญัติไว้ในภาษาละตินและภาษาฝรั่งเศส และคำว่า “Toxic” ถูกบันทึกครั้งแรกเป็นภาษาอังกฤษในศตวรรษที่ 17 ในยุคถัดมาการให้ความหมายของคำว่าพิษ กล่าวถึงสถานที่ทำงานที่มีสารเคมีที่เป็นพิษ เช่น สารก่อมะเร็ง จึงมีคำที่ปรากฏว่า “Toxic environment” (สภาพแวดล้อมที่เป็นพิษ) (Christian, 2023) สำหรับยุคปัจจุบันได้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคม พิษวิทยาจึงไม่ใช่เพียงแต่สารเคมี แต่รวมถึง “คน” รวมด้วย เมื่อวันที่ 3 - 5 กรกฎาคม ค.ศ. 2024 มีการประชุมประจำปีครั้งที่ 51 ของสมาคมพิษวิทยาแห่งญี่ปุ่น (The 51st Annual Meeting of the Japanese Society of Toxicology) ได้กำหนดสัญลักษณ์ของงานประชุม (Banner) ถึงสาเหตุของการเกิดพิษที่ปรากฏคำว่า “Human” (มนุษย์) รวมด้วย (Japanese Society of Toxicology, 2024)

ประเทศไทยมีประเด็นทางสังคมเมื่อไม่นานมานี้หลายเหตุการณ์ ยกตัวอย่าง เกสซ์กรในโรงพยาบาลเลือกที่ต้องจบชีวิตลงจากข้อความสื่อสารของหัวหน้างานที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ (Khomchadluek, 2024) เช่นเดียวกับแวดวงการศึกษาที่มีข่าวสื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง ข้าราชการครูคนหนึ่งได้ยื่นใบลาออกและได้ให้เหตุผลผ่านเพจโซเชียล โดยกล่าวถึงการประเมินผลงานที่ไม่เป็นธรรม การทำเอกสารที่ไม่เป็นจริง (Tencent Thailand Company, 2022) และครูต้องรับภาระหนักเกินไปที่เกินขอบเขตความสามารถ (The Matter, 2024)

เห็นได้ว่า สภาพการทำงานที่เป็นพิษเป็นภัยคุกคามสังคมของคนทำงานที่เป็นวัยแรงงานสำคัญในการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้การอธิบายถึงสถานการณ์ในสังคมที่เป็นพิษยังมีข้อมูลจำกัด ที่ผ่านมามีงานวิจัยต่างประเทศหลายฉบับที่ได้พยายามให้ความหมายของสภาพการทำงานที่เป็นพิษ ประกอบด้วย การคุกคาม การกลั่นแกล้ง การข่มขู่ และความไม่สุภาพ (Rasool, Maqbool, Samma, & Anjum, 2019; Anjum, & Ming, 2018) หรือบางฉบับได้ใช้คำว่า “พฤติกรรมที่เป็นพิษ” (Toxic behaviours) เช่น การเหยียดหยามผู้อื่น ผู้นำมีพฤติกรรมก้าวร้าว นโยบายที่ไม่เป็นธรรม และการนินทาในที่ทำงาน เป็นต้น (Taştan, 2017) อย่างไรก็ตาม ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่อยู่ใต้ภูเขาน้ำแข็ง ซึ่งความเป็นพิษในสังคมที่ทำงานเป็นปัญหาที่หลายองค์กรเผชิญ โดยเฉพาะงานที่ผู้ปฏิบัติงานต้องอยู่ในสถานที่ทำงานเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งครูเป็นอาชีพหนึ่งที่ต้องอยู่ในสังคมการทำงานเป็นระยะเวลายาวนานมากกว่าอาชีพอื่น ๆ และเกิดผลกระทบทางจิตใจได้สูง (Shkëmbi, Melonashi, & Fanaj, 2015) นอกจากนี้สังคมเป็นพิษในที่ทำงานของครูเป็นปัญหาที่ไม่ค่อยเปิดเผยแต่สร้างความเสียหายได้มาก (Catherine, Markelz, Taylor, Deshpande, & Wolfe, 2022) อาจเนื่องจากความอับอายหรือกลัวต่อการแก้แค้น (Sansone & Sansone, 2015) และการศึกษาในประเทศไทยยังไม่มีรายงานถึงขนาดของปัญหาสังคมเป็นพิษ ทั้งนี้เป็นประเด็นที่น่าสนใจในสังคมปัจจุบัน

สำหรับในต่างประเทศได้ให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ ยกตัวอย่าง ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีสถาบันป้องกันการกลั่นแกล้งในที่ทำงาน (Workplace Bullying Institute) สำรวจคนทำงานชาวอเมริกัน พบว่า ส่วนใหญ่มีประสบการณ์กับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่ทำงาน ร้อยละ 77.0 โดยมีอัตราการกลั่นแกล้งร้อยละ 43.0 แหล่งของการกลั่นแกล้งเมื่อเกิดการประชุมหรือพบปะ ร้อยละ 50.0 และทางอีเมล ร้อยละ 9.0 เกิดจากผู้บังคับบัญชาหรือหัวหน้างาน ร้อยละ 65.0 และเพื่อนร่วมงานร้อยละ 21.0 (Workplace Bullying Institute, 2021) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาวิจัยของ McKinsey & Company ปี ค.ศ. 2022 พบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะตกอยู่ภายใต้สภาพแวดล้อมการทำงานที่ทำงานที่เป็นพิษมากกว่าผู้ชาย ทั้งนี้ ผู้หญิงถูกกลั่นแกล้งหรือคุกคามมากถึง ร้อยละ 41.0 ส่งผลให้ผู้ที่ทำงานมีความเสี่ยงที่จะหมดไฟในการทำงานเพิ่มมากขึ้น (McKinsey & Company; 2022; Sull & Sull, 2023) สำหรับประเทศไทย ไม่มีการศึกษาปัจจัยสาเหตุสังคมเป็นพิษ มีเพียงรายงานบางฉบับที่กล่าวถึงครูมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 48.8 และภาวะหมดไฟเกิดความล้าทางอารมณ์ระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ 52.0 (Hongsa & Polyong, 2024a)

ปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงประเด็นสำคัญ โดยรายงานไว้ว่า สังคมแวดล้อมของงานที่ดีจะส่งผลต่อสุขภาพจิต ทั้งนี้ หากสภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ดีซึ่งรวมถึงการเลือกปฏิบัติและความไม่เท่าเทียม ปริมาณงานที่มากเกินไป การควบคุมงานต่ำ และความไม่มั่นคงในการทำงาน ล้วนก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพจิต โดยคาดว่าผู้ใหญ่ในวัยทำงานร้อยละ 15.0 มีอาการป่วยทางจิต และทั่วโลกต้องเผชิญกับการสูญเสียวันทำงานประมาณ 12,000 ล้านวันต่อปีจากภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งส่งผลให้สูญเสียผลผลิตไปปีละ 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ ดังนั้น ควรมีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในที่ทำงาน ปกป้องและส่งเสริมสุขภาพจิตในที่ทำงาน นอกจากการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพแล้ว ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานอีกด้วย (World Health Organization, 2024)

สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ เป็นปัญหาของสังคมการทำงานทั่วโลก อย่างไรก็ตาม ยังมีความแตกต่างของการวัดและประเมิน ทั้งนี้มีคำนิยามหรือการให้ความหมายที่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นประเด็นใหม่ของสังคม และความเป็นพิษทางสังคมเปลี่ยนแปลงตามยุคตามสมัยที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงร่วมด้วย จึงมีความซับซ้อนขององค์ประกอบในการวัดทั้งเหมือนและแตกต่างกัน (Eisner, 2024) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการสร้างตัวชี้วัด โดยการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้เพื่อสังเคราะห์องค์ประกอบของสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ โดยเลือกจากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือของต่างประเทศ เช่น สมาคมจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association; APA) และที่เผยแพร่ตีพิมพ์ในวารสารที่ผ่านการประเมินคุณภาพประโยชน์ที่ได้เพื่อเป็นแนวทางการสร้างเครื่องมือวัดสำหรับใช้ประเมินขนาดของปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมไทยที่ยัง

ไม่มีการรายงานเชิงวิชาการมาก่อน และเป็นแนวทางให้มีการศึกษาวิจัยเสริมสร้างสุขภาพทางจิตใจเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDG3 (Good Health and Health Being)

ความหมายสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ

การทบทวนความหมายของสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ ในการค้นภาษาไทยจากแหล่งข้อมูล Google scholar ไม่พบงานวิจัยในฐานข้อมูลเชิงวิชาการและไม่พบความหมายจากจากราชบัณฑิตยสถาน (ข้อมูลการสืบค้นเมื่อวันที่ 31 มกราคม ค.ศ. 2025) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษยังเป็นประเด็นใหม่ของสังคมไทย แต่ในต่างประเทศที่มีการรายงานด้วยภาษาอังกฤษ ได้พบการให้ความหมายของหลายสถาบันหรืองานวิจัยหลายฉบับ ดังนี้

Rasool, Wang, Tang, Saeed, & Iqbal (2021) ได้กล่าวไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนงานกับสถานที่ทำงาน ทั้งนี้สภาพแวดล้อมในที่ทำงานมี 2 ประเภท ได้แก่ สภาพแวดล้อมการทำงานร่วมกัน และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เป็นพิษ ทั้งนี้สภาพแวดล้อมในการทำงานร่วมกันเป็นสถานที่ที่เป็นมิตร ผสมผสานระหว่างความสุข การมีส่วนร่วม และพฤติกรรมที่เป็นพลเมืองที่ดีในองค์กรได้อย่างลงตัว สำหรับสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่เป็นพิษเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น หลงตัวเอง ความเป็นผู้นำที่ก้าวร้าว คุกคามจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน กลั่นแกล้ง และการขบไล่ เกิดความไม่สมดุลทางร่างกายและจิตใจ

Beng & Mahadevan (2023) ได้กล่าวไว้ว่า สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสถานที่ทำงานทั้งหมด เมื่อบุคคลที่มีอำนาจโลกและหลงตัวเอง บุคคลนั้นจะเริ่มกระทำการที่ผิดจริยธรรม เช่น กลั่นแกล้ง คุกคาม ข่มขู่ และดูถูกผู้อื่น ซึ่งทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพ การขาดงาน และภาวะหมดไฟในการทำงาน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลงและเพิ่มความตั้งใจที่จะลาออก

Iqbal, Hashmi, Asghar, Rehman, & Järvenoja (2024) ได้กล่าวไว้ว่า เป็นพฤติกรรมดูถูกและเหยียดการที่แสดงโดยบุคคลในตำแหน่งที่มีอำนาจมากกว่า ซึ่งส่งผลกระทบเชิงลบต่อขวัญกำลังใจของผู้ใต้บังคับบัญชาและความพึงพอใจในงานโดยรวม เช่น การกดขี่ข่มเหง การควบคุมดูแลเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ และดูถูกผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการสร้างสภาพแวดล้อมในที่ทำงานที่ไม่เป็นมิตร

สมาคมจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychological Association; APA) (2024) ได้กล่าวว่าสถานที่ทำงานที่เป็นพิษเป็นค่านิยมธรรมที่ใช้เรียกการทะเลาะเบาะแว้ง การข่มขู่ และการดูหมิ่นอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน

จะเห็นได้ว่า การให้ความหมายหรือการกล่าวถึงสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ เป็นช่วงในปี ค.ศ. 2021 - 2024 ดังนั้น จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจในปัจจุบัน โดยการให้ความหมายสามารถสรุปได้ว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่สามารถส่งต่อไปให้กับบุคคลอื่นได้ โดยเฉพาะผู้กระทำเป็นผู้ที่อยู่ในระดับหัวหน้าหรือผู้บังคับบัญชาด้วยพฤติกรรมเชิงลบต่าง ๆ เช่น การหลงอำนาจของผู้นำ แสดงความก้าวร้าว กลั่นแกล้ง คุกคาม ข่มขู่ และดูถูกผู้อื่น เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ที่ถูกกระทำเกิดผลกระทบต่องิตใจ เช่น ความกลัว ความเครียด และหมดไฟ เป็นต้น หรือเกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน

สถานการณ์สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ

จากการสำรวจการทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2024 ผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 15.0 ระบุว่าสถานที่ทำงานของตนเองเป็นพิษหรือค่อนข้างเป็นพิษ โดยทนอยู่ในสิ่งแวดล้อมกับผู้ที่ยกพร่องทางสติปัญญา อารมณ์ การเรียนรู้ หรือจิตใจ ร้อยละ 24.0 การสำรวจยังพบอีกว่าผู้ตอบแบบสอบถามเกือบ 3 ใน 5 (ร้อยละ 59.0) กล่าวว่านายจ้างหรือผู้บังคับบัญชาคิดว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานขององค์กรมีสุขภาพทางจิตใจที่ดี และเกือบ 2 ใน 5 (ร้อยละ 39.0) กล่าวว่า พนักงานหรือผู้อยู่ใต้บังคับบัญชาเป็นกังวล หากจะบอกนายจ้างเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตในที่ตนเองประสบอยู่ เกรงกลัวว่าสิ่งนั้นจะมีผลกระทบเชิงลบต่อเขาในสถานที่ทำงาน

(APA, 2024) จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่า นายจ้างหรือหัวหน้างานไม่ทราบว่าการกระทำของตนเองเป็นพิษกับผู้ที่บังคับบัญชา ซึ่งสอดคล้องกับ Rasool, Wang, Tang, Saeed, & Iqbal (2021) ที่ได้กล่าวถึงการหลงในอำนาจ แสดงความเป็นก้าวร้าวที่เป็นปกติวิสัย และมีรายงานว่ากลั่นแกล้งส่วนใหญ่เป็นหัวหน้างาน

ข้อจำกัดของการทบทวนสถานการณ์ จากการสืบค้นพบว่า ทั่วโลกยังมีการศึกษาในประเด็นนี้น้อย จึงเห็นความชุกของการเกิดขึ้นเพียงในประเทศอเมริกาเท่านั้น ซึ่งชนบธรรมเนียมวัฒนธรรมของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้สถานการณ์ปัญหามีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเฉพาะวัฒนธรรมการทำงานของคนเอเชียที่ทำงานระบบหัวหน้าและลูกน้อง การทำงานล่วงเวลา การทุ่มเทกับงานมากกว่าเรื่องส่วนตัวเกิดขึ้นได้มากกว่าทวีปยุโรปและอเมริกา (Ozamiz-Etxebarria, 2021)

ที่ผ่านมามีการรายงานในประเด็นที่ใกล้เคียงกันเกี่ยวกับความชุกของการกลั่นแกล้งในที่ทำงานในภูมิภาคต่าง ๆ ได้แก่ สแกนดิเนเวีย ยุโรป อเมริกาเหนือ ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ เอเชียและแอฟริกา ผลการศึกษาพบความชุกการกลั่นแกล้งในที่ทำงานมีสูงที่สุดในทวีปเอเชีย และต่ำที่สุดในสแกนดิเนเวีย (Ciby & Raya, 2015) ดังนั้น จึงเป็นทิศทางการศึกษาในประเด็นสังคมเป็นพิษในเอเชีย สำหรับในประเทศไทยมีบทความเรื่อง “มองพินิจการกลั่นแกล้งกันในโรงเรียนและสถานที่ทำงาน” โดยนำเสนอภาพรวมและวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับการกลั่นแกล้ง โดยมีหลายเหตุผลที่อยู่เบื้องหลังของพฤติกรรมการกลั่นแกล้ง เช่น ความต้องการอำนาจ การแก้แค้นเอาคืน และความอิจฉาริษยา เป็นต้น (Nimitniwat, Pawchit, & Meesan, 2022) อย่างไรก็ตามสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษมีขอบเขตมากกว่าการกลั่นแกล้ง เช่น ผู้บริหารขาดความเป็นผู้นำ ไม่มีการวางแผนหรือลำดับงานทำให้มีความต้องการงานเร่งด่วน ดังนั้นลักษณะเช่นนี้ไม่ใช่การกลั่นแกล้งแต่เป็นสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานเป็นพิษ

สังเคราะห์องค์ประกอบสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ

สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษได้ปรากฏขึ้นครั้งแรกในวงการพยาบาลตามคู่มือแนวทางความเป็นผู้นำ (Guide to leadership) ในปี ค.ศ. 1989 ในหนังสือได้กล่าวถึง สถานที่ที่มีความขัดแย้งระหว่างบทบาทเป้าหมาย ค่านิยมที่ไม่ชัดเจน การสื่อสารก้าวร้าว และสถานการณ์ที่บุคคลถูกใช้งานเหมือนเป็นสิ่งของ ซึ่งเป็นครั้งแรกที่มีขยายคำของสังคมเป็นพิษ (Christian, 2023)

แม้ว่าการให้ความหมาย นิยาม หรือการรายงานในเอกสารต่าง ๆ ยังมีความทับซ้อนกันเกี่ยวกับองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ แต่ส่วนใหญ่กล่าวถึงสามองค์ประกอบที่เกิดขึ้นอยู่เสมอ ได้แก่ การทำงานหนักเกินไปหรือไม่อยากมาทำงาน การใช้อำนาจในทางที่ผิด และไม่ไว้วางใจกันระหว่างผู้บริหาร หัวหน้างานกับบุคคลที่ปฏิบัติ (Cannon, 2022) ทั้งนี้ Rasool, Wang, Tang, Saeed, & Iqbal (2021) เป็นหนึ่งในผู้ศึกษาเรื่องสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษหลายฉบับและมีบุคคลนำไปอ้างอิงจำนวนมาก ได้ระบุถึงองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ ได้แก่ การล่วงละเมิด การไม่เคารพ การไร้จริยธรรม การไม่ยอมรับ การตักตวง การกลั่นแกล้ง การจับไล่ การคุกคาม การเลือกปฏิบัติ และ/หรือพฤติกรรมคุกคามจากทั้งเพื่อนร่วมงานและผู้บริหาร ซึ่งผู้ที่เผชิญกับพฤติกรรมเชิงลบเหล่านี้อย่างต่อเนื่องที่เปิดเผยข้อมูลได้รับการเยียวยาเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย (Einarson, 2020) ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อมการทำงานส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คนพิการ ผู้ที่ทำงานในองค์กรไม่แสวงหากำไร และพนักงานปฏิบัติที่โดดเด่น สำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษน้อยที่สุดเป็นฝ่ายบริหารระดับสูง (General, 2023) มีการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ได้มีการสำรวจถึงการกระทำที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การขัดจังหวะอย่างโจ่งแจ้ง พูดมากเกินไป หรือดุด่าทอสนทนาสั้น ๆ การไม่ตอบอีเมลหรืออีเมลหายาก โพสต์ดูถูกบนแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย การกระจายงานที่ไม่เป็นธรรม ปริมาณงานที่มากเกินไป ตลอดจนความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และร่างกาย (Wolf, Perhats, Delao, & Clark, 2017) ไม่ว่าจะทำงานที่ใดหรือตำแหน่งงานใด ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดการข่มขู่ ทะเลาะวิวาท และทำลายประสิทธิภาพการทำงานได้ (Sleek, 2023; Eisner, 2024)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว เห็นได้ว่า ข้อความที่เป็นองค์ประกอบสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษมีความหลากหลาย คำสำคัญมีทั้งคล้ายกันและแตกต่างกัน ดังนั้นผู้เขียนจึงได้ทบทวนองค์ประกอบเพื่อสังเคราะห์เป็นตัวแปรที่ศึกษาด้านสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ ซึ่งผลการรวบรวมข้อมูล จำนวน 10 ฉบับจากแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือ โดยใช้เกณฑ์ตามแนวทางพิจารณาจากสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute: JBI, 2019) โดยทั้งจากหน่วยงานสมาคมจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกาและผู้วิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัย เห็นได้ว่า งานวิจัยส่วนมากเป็นการศึกษาในช่วงปี ค.ศ. 2024 ซึ่งถือได้ว่าเป็นประเด็นทางสังคมในระดับสากลให้ความสนใจ

ผลการสังเคราะห์องค์ประกอบสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษพบทั้งหมด 13 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่พบการรายงานมากที่สุด ได้แก่ การกลั่นแกล้งหรือให้ปริมาณงานที่เกินไป มีการรายงานจำนวน 9 ใน 10 ฉบับ (ร้อยละ 90.0) รองลงมาเป็น การคุกคามหรือข่มขู่ รายงานไว้ร้อยละ 70.0 สำหรับองค์ประกอบที่มากกว่าร้อยละ 30.0 ผู้เขียนแนะนำให้คัดเลือกมาเป็นองค์ประกอบในการศึกษาวิจัยมีจำนวน 7 ประเด็น (ตาราง 1) อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่า ในบางประเด็นอาจมีความซ้ำซ้อนหรือเป็นหน่วยย่อยกัน ยกตัวอย่าง วัฒนธรรมองค์กรหรือสังคมในที่ทำงานไม่สนับสนุนกัน ซึ่งอาจจะเป็นหัวข้อใหญ่ที่มีหัวข้ออื่น ๆ เป็นหน่วยย่อย เช่น การให้งานมากเกินไปในระยะเวลาที่สั้น การเลือกปฏิบัติ และผู้ปฏิบัติไม่มีส่วนร่วม เป็นต้น เหล่านี้เป็นหน่วยย่อยที่ไม่สนับสนุนกันและกัน

ตาราง 1 สังเคราะห์องค์ประกอบสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ

องค์ประกอบ	ลำดับที่ของนักวิชาการหรือหน่วยงาน*										%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
การคุกคาม/ข่มขู่		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	70.00
การกลั่นแกล้ง/ให้ปริมาณงานที่เกินไป		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	90.00
การขับไล่/กีดกัน		✓	✓		✓			✓	✓		50.00
ความไม่สุขภาพ/หยาบคาย		✓	✓		✓			✓		✓	50.00
ผู้นำเชิงลบ/หลงตัวเอง/หลงอำนาจ	✓			✓	✓	✓		✓			50.00
นโยบายไม่เป็นธรรม	✓			✓							20.00
การนิโทษในที่ทำงาน	✓										10.00
สื่อสารไม่เป็นมิตร/ดูหมิ่น				✓		✓	✓	✓		✓	50.00
วัฒนธรรมองค์กรที่ไม่สนับสนุนกัน				✓			✓				20.00
ละเลยการแก้ไขข้อขัดแย้ง							✓				10.00
เลือกปฏิบัติ/ความไม่เท่าเทียม				✓				✓		✓	30.00
ล่วงละเมิด								✓		✓	20.00
ขาดการมีส่วนร่วม				✓							10.00

หมายเหตุ: ลำดับ 1 คือ Taştan (2017); ลำดับ 2 คือ Anjum, Ming, Siddiqi, & Rasool (2018); ลำดับ 3 คือ Anjum & Ming (2018); ลำดับ 4 คือ Lockhart (2018); ลำดับ 5 คือ Rasool, Maqbool, Samma, & Anjum

(2019); ลำดับ 6 คือ Beng & Mahadevan (2023); ลำดับ 7 คือ Coldren (2024); ลำดับ 8 คือ Eisner (2024); ลำดับ 9 คือ Balachandar, Ramasundaram, Lantose, Aishvarya, & Harini (2024); ลำดับ 10 คือ American Psychological Association (APA). (2024)

ผลกระทบจากสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ

การทบทวนในงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยสามารถแบ่งผลกระทบหลัก ๆ ได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ ผลกระทบต่อสุขภาวะจิตใจ สุขภาวะทางกาย ผลกระทบต่อการลาออกของงาน และประสิทธิภาพการทำงาน ดังนี้

ผลกระทบต่อสุขภาวะทางจิตใจ

สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษส่งผลเสียต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ปฏิบัติงานได้ ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีสมาธิสั้น และความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Coldren, 2024) อาการในระยะแรกเป็นรากฐานที่นำไปสู่ความเครียดและภาวะหมดไฟในระดับสูง (Rasool, Wang, Tang, Saeed, & Iqbal, 2021) ในแนวทางเดียวกัน มิงานวิจัยของ Kamaruzaman, Izhar, Ruslan, Khairuefendy, Nasir, Anuar, et al (2024) ได้ศึกษาพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการสนับสนุนที่ดีของสังคมการทำงานกับสุขภาวะจิตของพนักงาน และผลลัพธ์ของความสัมพันธ์ยังบ่งชี้ว่าคะแนนสนับสนุนที่ดีของสังคมที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับคะแนนสุขภาวะจิตที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Jolly, Kong, & Kim (2021) ที่กล่าวคล้ายกันว่า การอยู่ในสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ดี โดยบุคคลจะได้รับการสนับสนุนจากสังคมมีผลต่อคุณภาพของจิตใจที่สูงขึ้น

นอกจากนี้มีการศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษในที่ทำงานและผลลัพธ์ด้านสุขภาวะจิตของผู้ปฏิบัติงานพบว่า ระดับความเป็นพิษในที่ทำงานที่สูงมีความสัมพันธ์กับความเครียดที่เพิ่มขึ้น ($r = 0.65, p < 0.01$) และความพึงพอใจในงานที่ลดลง ($r = -0.70, p < 0.01$) การศึกษานี้ ได้ศึกษาว่าในบริบทขององค์กร วัฒนธรรม และประสบการณ์การทำงานในแต่ละวันในที่ทำงาน สามารถทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ปฏิบัติงาน (Coldren, 2024)

การศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมา เกี่ยวกับการศึกษาสุขภาวะทางจิตใจของครูและบุคลากรทางการศึกษา ในประเด็นความเครียดและภาวะหมดไฟจากการทำงาน ซึ่งพบหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่น การทำงานเกินขอบเขตความรับผิดชอบ การทำงานล่วงเวลาหรือใช้เวลาการทำงานมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน การทำงานในวันหยุด ทั้งนี้ประเด็นสาเหตุใหม่ที่พบคือ การเจ็บป่วยหรือต้องการลางานแต่ต้องมาทำงาน ซึ่งไม่ได้รับอนุญาตให้ลาได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตใจได้ (Hongsa & Polyong, 2024a; 2024b) ดังนั้น สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษกับภาวะทางจิตใจยังเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่ผ่านมาในประเทศไทยมีการศึกษาที่ใกล้เคียงกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ เช่น การกลั่นแกล้ง แรงสนับสนุนองค์กร (Samanchit, 2023) และความรุนแรงในสถานที่ทำงาน (Liengsakul, Lakkanasirorat, & Arab, 2021) ทั้งนี้ควรมีการศึกษาขยายความรู้ที่เพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบต่อสุขภาวะทางกาย

การบาดเจ็บและการเสียชีวิต เป็นผลกระทบที่รุนแรงมากที่สุดของสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ ทั้งนี้ในการทำงานในบางครั้งผู้ปฏิบัติงานต้องเผชิญต่อการบาดเจ็บต่อร่างกาย อาจเริ่มตั้งแต่เล็กน้อยการถูกขีด ข่วนตามร่างกาย หรือการทุบตี มีการศึกษาความทุกข์ทางสังคมของการทำงาน โดยพบความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องกับการล่งละเมิดทางเพศ โดยผู้ที่เป็นผู้ถูกระทำไม่สามารถแสวงหาการเยียวยา ผ่านกฎหมายหรือระบบอื่น ๆ ได้ อาจจะต้องด้วยความไม่กล้าที่เพียงพอ บุคคลเหล่านี้จึงต้องหันไปดื่มแอลกอฮอล์เพื่อบรรเทาความทุกข์ของตนเอง (De Silva, 2022) ทั้งนี้การดื่มแอลกอฮอล์อาจไม่ใช่ปัจจัยต้นเหตุของการเกิดสังคมเป็นพิษแต่เป็นดื่มเพื่อแก้ไขให้คลายกังวล และมีรายงานวิจัยที่น่าสนใจในวารสารที่มีชื่อเสียงด้านการแพทย์ American Journal of Industrial Medicine โดยได้วิเคราะห์การฆ่าตัวตายของผู้ปฏิบัติงาน พบว่า งานหรือสภาพแวดล้อมของงานเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ร้อยละ 10 - 13 โดยแบ่งสภาพแวดล้อมเป็นประเภทกว้าง ๆ เช่น การสัมผัสผลกระทบกระเทือนจิตใจในการทำงาน การโน้มเอียงในการทำงานอย่างสุดโต่ง และการได้รับการ

บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากงาน เป็นต้น ซึ่งนอกจากความเป็นพิษจากสิ่งคุกคามในงานแล้วยังให้ความเห็นว่า สภาพการทำงานที่มีการติดต่อบุคคล และบรรทัดฐานในสังคมที่มีความลำเอียง เป็นปัจจัยสาเหตุสำคัญ อย่างไรก็ตามในงานวิจัยได้ระบุข้อจำกัดที่ต้องมีการศึกษาเชิงระบาดวิทยาที่มากขึ้น สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ผ่านมามุ่งเน้นที่ตัวบุคคลและโรคมามากเกินไป ซึ่งมีความจำเป็นต้องป้องกันที่การปรับสภาพงานที่เป็นสาเหตุ (LaMontagne, Åberg, Blomqvist, Glozier, Greiner, Gullestrup, et al, 2024) สำหรับในประเทศไทยมีการปรากฏของข่าวสื่อออนไลน์ ในกรณีศึกษาที่เป็นประเด็นทางสังคมในปี ค.ศ. 2024 เกิดการฆ่าตัวตายของเกษตรกรและการบันทึกถึงความเป็นพิษของสังคมการทำงาน (Khomchadluek, 2024) ดังนั้น การศึกษาปัจจัยสาเหตุเพื่อนำไปสู่การป้องกันในระดับองค์กรเชิงการบริหารจึงเป็นประเด็นที่นำไปสู่การป้องกันของคนหมู่มากในองค์กรได้เป็นประเด็นท้าทายในเชิงบริหารของทุกระดับรวมถึงบริหารการศึกษาในประเทศไทยด้วย

ผลกระทบต่อการทำงานของงาน

สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การลาออกจากงาน ทั้งนี้มีการศึกษาในประเด็นการลาออกจากการทำงานในประเทศอเมริกา ซึ่งเชื้อชาติและสีผิวยังเป็นประเด็นที่รุนแรงที่มีการคุกคามและข่มขู่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาเชิงคุณภาพในจำนวนคนผิวสี 6 คน ศึกษาเชิงลึกเพื่อให้เข้าใจอย่างลึกซึ้งว่าประสบการณ์ประจำวันของพนักงานผิวสีในการทำงานกับการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติและวัฒนธรรมการทำงานเป็นพิษ ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานลาออกจากการทำงานที่ตัวเองชอบ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความหวังว่าเสียงเรียกร้องของเขาอาจขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในเชิงบวก และได้รับการแก้ไขอย่างจริงจังเพื่อต่อต้านวัฒนธรรมที่เป็นพิษและความไม่เท่าเทียมกันทางเชื้อชาติที่ในสถานที่ทำงานของอเมริกา (Owens, 2023) และมีการศึกษาของสถาบันเทคโนโลยีแมสซาชูเซตส์ (MIT Sloan Management Review) ในปี ค.ศ. 2022 ระบุว่า วัฒนธรรมการทำงานที่เป็นพิษเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้พนักงานลาออกได้มากกว่าความไม่มั่นคงในงานหรือขาดการยอมรับในผลงาน (APA, 2024) สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบปัจจัยของผู้นำ การรับรู้บทบาทความพึงพอใจต่องาน และความผูกพันองค์กรมีความสัมพันธ์กับการลาออกของครูโรงเรียนเอกชน (Aumporn & Prachongchit, 2012) ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาถึงประเด็นของสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ เห็นได้ว่าในงานวิจัยได้กล่าวถึงภาวะผู้นำและบทบาทที่ต้องทำงานที่มากเกินไปรวมอยู่ด้วย

ผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน

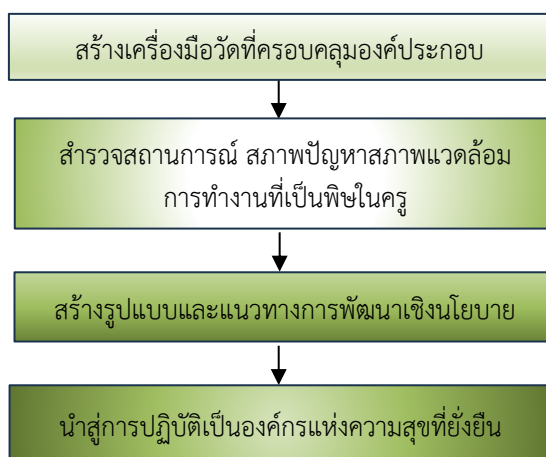
สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ ปรากฏการณ์นี้ส่งผลต่อทั้งองค์กรและผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงผู้ที่ไม่ได้เป็นเป้าหมายโดยตรงของการกลั่นแกล้ง โดยเพื่อนร่วมงานที่ข้างเคียงอาจเสียสมาธิไปกับเรื่องนินทา และการเลือกข้างในการทะเลาะวิวาทอย่างต่อเนื่องส่งผลให้สูญเสียผลผลิตได้ (Robert, 2011) นอกจากนี้ หากมีผู้ปฏิบัติงานคนใดคนหนึ่งพยายามมีแรงจูงใจในเชิงบวกหรือพยายามพูดคุยกับบุคคลที่เป็นพิษ ในการทำเช่นนี้อาจทำให้ผู้ที่ประสงค์ดีตกเป็นเป้าหมายได้ เช่น ถูกตีตราเป็นผู้แฉแสบแสด ส่งผลให้เกิดหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญหน้ากัน ความสามัคคีในองค์กรจึงไม่เกิดขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปผู้ที่เคยมีแรงจูงใจในเชิงบวกจะห่างเหินจากที่ทำงาน ซึ่งอาจส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และมีความกดดันต่อองค์กรน้อยลง ในทางเดียวกัน หากส่งเสริมกันในเชิงบวก เกิดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีก็นำไปสู่การทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลสูง (Kamaruzaman, Izhar, Ruslan, Khairuefendy, Nasir, Anuar, et al, 2024)

สถาบันที่ทำงานยุคใหม่ (New Workplace Institute) มหาวิทยาลัยกฎหมายซัพฟอล์ค (Suffolk University Law School) อ้างในสมาคมจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา (APA, 2024) กล่าวว่า สถานที่ทำงานที่เป็นพิษอาจเกี่ยวข้องกับความผิดทางจริยธรรมและกฎหมาย เช่น การล่วงละเมิดทางเพศ การเลือกปฏิบัติ และการแกล้งแสดผู้แฉแสบแสด ซึ่งความเป็นพิษเกี่ยวข้องกับการกลั่นแกล้งหรือปริมาณงานที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ผลลัพธ์ คือ การขาดงานสูง ผลงานมีคุณภาพต่ำ (APA, 2024) รวมถึงหากมีแรงกดดันในการทำงานที่สูงมากจะก่อให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ไร้ประสิทธิภาพและทำลายประสิทธิภาพขององค์กร (Anjum & Ming, 2018) ลดประสิทธิภาพในการทำงานและการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน (Lam, Walter, & Huang, 2017; Rasool, Wang, Tang, Saeed, & Iqbal, 2021; Coldren, 2024)

การศึกษาของ Rasool, Maqbool, Samma, & Anjum (2019) ได้รายงานไว้อย่างชัดเจนว่า การกลั่นแกล้งในที่ทำงานเพิ่มขึ้น แปรผกผันกับผลผลิตของงาน และยังมีอิทธิพลเชิงลบระหว่างการถูกกีดกันกับผลผลิตของผู้ปฏิบัติงานด้วย ($p < 0.001$) นั่นคือ ผลผลิตของงานจะลดลงหากการถูกกีดกันในที่ทำงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ความไม่สุภาพส่งผลเชิงลบต่อผลผลิตของงาน ($p < 0.001$) (Rasool, Maqbool, Samma, & Anjum, 2019) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Anjum & Ming (2018) รายงานไว้ว่า การถูกข่มขู่ ความไม่สุภาพ การคุกคาม และการกลั่นแกล้ง ส่งผลเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญต่อผลงานในการทำงาน ในขณะที่ภาวะหมดไฟในการทำงานถือเป็นตัวกลางที่สำคัญระหว่างมิติของสภาพแวดล้อมที่ทำงานที่เป็นพิษและประสิทธิภาพในการทำงาน งานวิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะว่า องค์กรจำเป็นต้องกำจัดการบ่งชี้ของสภาพแวดล้อมที่ทำงานที่เป็นพิษ โดยสนับสนุนให้ผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงขององค์กรออกนโยบายที่เหมาะสมใช้ในเชิงปฏิบัติเพื่อเพิ่มผลงานของคนในองค์กร

สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษกับงานวิจัยที่เป็นประเด็นท้าทาย

การทบทวนสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษเห็นได้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก และในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วได้จัดตั้งสถาบันหรือหน่วยงานโดยเฉพาะ เช่น สมาคมจิตวิทยาแห่งสหรัฐอเมริกา สถาบันที่ทำงานยุคใหม่ หรือหน่วยงานต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย ได้ศึกษาวิจัยโดยการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผล และเผยแพร่ผลวิจัยเพื่อนำไปสู่การป้องกันเชิงสาเหตุ สำหรับในหลาย ๆ ประเทศได้เริ่มมีนักวิจัยได้ศึกษาในรูปแบบเชิงวิจัยแต่ยังพบได้น้อย ทั้งนี้มีประเด็นที่เป็นข้อเสนอแนะจากหลาย ๆ งานวิจัย ทั้งนี้ผู้เขียนได้ประยุกต์แนวทางการวิจัยในกลุ่มอาชีพครูเนื่องจากเป็นกลุ่มอาชีพขนาดใหญ่ของประเทศไทยและผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลต่อคนหมู่มาก ทั้งนี้ ปี ค.ศ. 2023 พบสถิติจำนวนบุคลากรครูทั้งหมด 484,154 คน (Office of Basic Education Policy and Planning, 2023) และมีสื่อสังคมอย่างต่อเนื่องของครูเกี่ยวกับการลาออกจากราชการ ด้วยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน (Internet Marketing Company, 2019; Matichon, 2019) จึงเป็นข้อเสนอแนะที่ใช้สำหรับนาร่องในกลุ่มอาชีพครูและบุคลากรทางการศึกษาในครั้งนี้ ผู้เขียนได้รวบรวมมาและร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อนำไปสู่การค้นหาคำตอบที่แท้จริงออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ การสร้างเครื่องมือวัดที่ครอบคลุมองค์ประกอบ องค์ประกอบ การสำรวจสถานการณ์ สภาพปัญหาสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษในครู สร้างรูปแบบและแนวทางการพัฒนาเชิงนโยบาย นำสู่การปฏิบัติเป็นองค์กรแห่งความสุขที่ยั่งยืน (ภาพ 1) ดังนี้



ภาพ 1 ลำดับประเด็นท้าทายในการทำวิจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ

1) การสร้างเครื่องมือวัดสามารถใช้ในการคัดกรองสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ เช่น แบบประเมินที่เป็นมาตรฐานหรือผ่านการวัดประเมินผล ทั้งนี้ควรครอบคลุมองค์ประกอบจากการทบทวนงานวิชาการที่ผ่านมา

(ตาราง 1) ทั้งนี้ แบบวัดที่สามารถใช้ง่าย สะดวก และนำไปใช้ได้ในวงกว้าง ควรมีตัวเลือกเป็นระดับ (Scale) ในจากการทบทวนครั้งนี้เห็นได้ว่ามีความหมายขององค์ประกอบของสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษมีทั้งเหมือนและแตกต่างกันออกไป จุดเริ่มต้นของงานวิจัยจึงควรที่ต้องศึกษาองค์ประกอบและวิเคราะห์ยืนยันเชิงองค์ประกอบ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่เหมาะสมตามบริบทของสังคมการทำงานในประเทศไทย ทั้งนี้ที่ผ่านมาการศึกษาของต่างประเทศ ยกตัวอย่าง Anjum & Ming (2018) มีการได้ออกแบบเครื่องมือด้วยแบบสอบถามใช้การวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis, CFA) ได้พบองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การถูกกีดกันจากที่ทำงาน ความไม่สุภาพในที่ทำงาน การคุกคามในที่ทำงาน และการกลั่นแกล้งในที่ทำงาน อย่างไรก็ตามในสังคมการทำงานในประเทศไทยอาจมีแตกต่างของพฤติกรรมเชิงลบ ค่าน้ำหนักขององค์ประกอบอาจแตกต่างกันไปด้วย เช่น ครูที่มีอายุงานหรือตำแหน่งที่น้อยกว่าไม่สามารถให้ข้อร้องเรียนเหล่านี้ได้จึงเกิดการถ่ายทอดอยู่ในสื่อออนไลน์ (Matichon, 2019) ซึ่งเป็นภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อสาธารณะชน หากเป็นเหตุการณ์จริงเหล่านี้ก็เป็นสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษของครูและบุคลากรทางการศึกษาได้ ดังนั้นจึงควรมีแบบประเมินสังคมเป็นพิษที่เป็นมาตรฐาน

2) การสำรวจสถานการณ์สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษ หลังจากได้เครื่องมือในการวัดที่เป็นมาตรฐานหรือผ่านการวิเคราะห์ตามการวัดและประเมินผลแล้ว ผู้ที่สนใจควรนำเครื่องมือไปประเมินในโรงเรียนของตนเองเพื่อทราบขนาดของปัญหาและระดับสังคมเป็นพิษที่ผู้ปฏิบัติงานต้องเผชิญอยู่ อย่างไรก็ตามควรให้ความสำคัญกับการระบุตัวตนของผู้ที่ตอบแบบสอบถาม เนื่องจากอาจเกิดผลกระทบต่องานและบุคคลได้ ทั้งนี้มีการสำรวจพบว่า ผู้ปฏิบัติงานไม่มีความกล้าที่เพียงพอต่อการให้ข้อมูลที่ต้องเผชิญหน้า หรือไม่มีช่องทางในการสื่อสารถึงความเป็นพิษที่เป็นระบบ ดังนั้นผู้ที่ตกอยู่ในความเป็นพิษจึงพึงพาการติ่มแอลลอกฮอลล์ที่เพิ่มมากขึ้น (De Silva, 2022) ดังนั้นแหล่งข้อมูลจึงต้องมีการปกปิด และผลที่ได้ควรนำเสนอในภาพรวมและที่ประชุมผู้บริหารควรนำไปดำเนินการแก้ไข

3) การศึกษารูปแบบและแนวทางการพัฒนาเชิงนโยบาย ทั้งนี้องค์กรควรนำปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่พบจากการสำรวจนำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์มาสร้างเป็นนโยบายขององค์กร นอกจากนี้ผู้ที่สนใจที่เกี่ยวข้อง เช่น นักศึกษาหลักสูตรการบริการการศึกษา การวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ อาจนำประเด็นเหล่านี้ได้วิจัยต่อยอดจัดทำเป็นรูปแบบวงจรการบริหารจัดการองค์กรได้ (Knop, 2015) เช่น การสร้างนโยบาย กำหนดโครงสร้างบริหารงาน จัดทำแผนงานและการนำไปปฏิบัติ มีการประเมินผลและทบทวนการจัดการ และดำเนินการปรับปรุง ทั้งนี้การออกนโยบายควรพิจารณาการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานในโรงเรียน ทั้งนี้เพราะครูมีหลากหลายรุ่น โดนข้อขัดแย้งที่เกิดขึ้นในโรงเรียนส่วนหนึ่งเกิดจากการห่างกันของช่วงวัย ทำให้มีความคิดและประสบการณ์ที่แตกต่างกันได้ ยกตัวอย่าง มีการศึกษาในรุ่นมิลเลนเนียล (Millennials) หรือรุ่นวัยสร้างสรรค์ (Generation Y) พบว่า พฤติกรรมของคนรุ่นมิลเลนเนียลในที่ทำงานมีความเชื่อมโยงกับความเครียดต่อปัญหาความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นในแง่ของสุขภาพจิตและอาการหมดไฟในการทำงาน โดยในงานวิจัยให้เหตุผลว่า รุ่นมิลเลนเนียลมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์มากกว่ารุ่นอื่น ๆ เนื่องจากการเติบโตมากับสภาพแวดล้อมของเทคโนโลยี เข้าสังคมได้น้อยลง ในกลุ่มคนรุ่นอื่นอาจมองเป็นพฤติกรรมที่เป็นพิษได้ (Badri & Chieng, 2023) ซึ่งในแต่ละช่วงวัยมีมีทั้งด้านเชิงบวกและเชิงลบ ผู้บริหารจึงควรตั้งศักยภาพด้านบวกของแต่ละรุ่นมาพัฒนาองค์กร

4) การศึกษาการสนับสนุนองค์กรแห่งความสุขที่ยั่งยืน การดำเนินการในขั้นตอนที่ 3 เพื่อให้เกิดความยั่งยืนควรมีการทบทวนระบบอย่างต่อเนื่อง ประเด็นที่ยังเป็นปัญหามานำมาประชุมหารือ โดยการมีส่วนร่วมของทุกคนในโรงเรียน นำไปปฏิบัติอีกครั้งและเข้าสู่วงจรในรอบที่สอง จนได้ต้นแบบของการเรียนรู้ ซึ่งระบบและกลไกดังกล่าวเป็นตัวช่วยขับเคลื่อนให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรมจนกลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร และเกิดเป็นความผูกพันกับองค์กรได้ เช่นเดียวกับแบบจำลอง PERMA ซึ่งพัฒนาโดย Seligman (2018) ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างสุขภาวะที่เป็นสุขประกอบด้วย 5 ประการ ได้แก่ อารมณ์เชิงบวก (Positive Emotions) การมีส่วนร่วม (Engagement) ความสัมพันธ์ (Relationships) ความหมายในชีวิต (Meaning) และ

ความสำเร็จ (Achievement) โดยองค์ประกอบเหล่านี้มีส่วนช่วยสนับสนุนความสุขและประสิทธิภาพการทำงาน ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กรได้

บทสรุป

สภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษเป็นภัยใหม่ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการของไทย ซึ่งยังไม่มี ความหมายแน่ชัด แต่ในสื่อออนไลน์พบเห็นปัญหานี้มากในสังคม โดยผู้เขียนให้ความหมายไว้ว่า เป็นการกระทำของบุคคลที่สามารถส่งต่อไปให้กับบุคคลอื่นได้ โดยเฉพาะผู้กระทำเป็นผู้ที่อยู่ในระดับหัวหน้าหรือผู้บังคับบัญชาด้วยพฤติกรรมเชิงลบต่าง ๆ เช่น การหลงอำนาจของผู้นำ แสดงความก้าวร้าว กลั่นแกล้ง คุกคาม ข่มขู่ และดูถูกผู้อื่น เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ที่ถูกกระทำเกิดผลกระทบต่องิตใจ เช่น ความกลัว ความเครียด และหมดไฟ เป็นต้น หรือเกิดผลกระทบตอประสิทธิภาพการทำงาน จากการทบทวนงานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นนำมาสังเคราะห์องค์ประกอบสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษพบทั้งหมด 13 องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบที่มากกว่าร้อยละ 30 จำนวน 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การกลั่นแกล้งหรือให้ปริมาณงานที่เกินไป การคุกคามหรือข่มขู่ การขับไล่หรือกีดกัน ความไม่สุภาพหรือหยาบคาย ผู้นำเชิงลบหรือหลงตัวเองหรือหลงอำนาจ สื่อสารไม่เป็นมิตรหรือดูหมิ่น และเลือกปฏิบัติหรือความไม่เท่าเทียม ดังนั้นองค์ประกอบเหล่านี้ควรนำไปสร้างเครื่องมือในการวัด ผลกระทบสภาพแวดล้อมการทำงานที่เป็นพิษมีผลต่อสุขภาพจิตใจ สุขภาพทางกาย และประสิทธิภาพการทำงาน แนวทางการวิจัยในอนาคตเสนอแนะไว้ 4 ประเด็น ได้แก่ การสร้างเครื่องมือวัดที่ครอบคลุมองค์ประกอบ การสำรวจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมครู การศึกษารูปแบบและแนวทางพัฒนาเชิงนโยบาย และการศึกษาการสนับสนุนองค์กรแห่งความสุขที่ยั่งยืน

References

- American Psychological Association (APA). (2024). *Toxic workplaces leave employees sick, scared, and looking for an exit. Here's how to combat unhealthy conditions*. Retrieved December 15, 2024, from <https://www.apa.org/topics/healthy-workplaces/toxic-workplace>.
- Anjum, A., & Ming, X. (2018). Combating toxic workplace environment: An empirical study in the context of Pakistan. *Journal of Modelling in Management*, 13(3), 675-697.
- Anjum, A., Ming, X., Siddiqi A. F., & Rasool, S. F. (2018). An empirical study analyzing job productivity in toxic workplace environments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 1035.
- Aumporn, S. & Prachongchit, S. (2012). Research report in causal factors on administration affecting private school teacher turnover. *Suddhiparitad*, 26, 185-198.
- Badri, S. K. Z. & Chieng, S. L. (2023). Prevalence of toxic work environments and their impact on wellbeing: preliminary findings among the millennial population. *KnE Social Sciences*, 393-408.
- Balachandar, A., A., Ramasundaram, G., Lantose, A. M., Aishvarya, N., & Harini, A. R. (2024). *Assessing the influence of employee eudaimonic and well-being on resilience in contemporary work environment: An investigation amidst toxic work culture*. Retrieved January 4, 2025, from <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4963952>.
- Beng, L. S., & Mahadevan, A. (2023). Impact of toxic work environment on employee turnover intention in pharmaceutical industry, Klang Valley, Malaysia. *International Journal of Recent Advances in Multidisciplinary Research*, 10(8), 8709-8715.

- Cannon, J. (2022). *Toxic cultures at work: the eight drivers of a toxic culture and a process forChange*. Taylor & Francis Press.
- Catherine, S. M., Markelz, A., Taylor, J. C., Deshpande, D. S., & Wolfe, P. (2022). Teacher workplace bullying: how pervasive is the Problem? *TESE*, 45(2), 123-140.
- Christian, A. (2023). *How every workplace became toxic*. Retrieved December 15, 2024, from <https://www.bbc.com/worklife/article/20231012-how-every-workplace-became-toxic>.
- Ciby, M., & Raya, R. P. (2015). Workplace bullying: a review of the defining features, measurement methods and prevalence across continents. *IIM Kozhikode Society & Management Review*, 4(1), 38-47.
- Coldren, A. A. (2024). *Quantitative insights into the psychological impact of toxic work environments* (Doctoral dissertation, South College).
- De Silva, K. B. N. (2022). Workplace harassment and its impact on society: a qualitative evidence synthesis. Retrieved January 9, 2024, from <https://ssrn.com/abstract=4399466>.
- Eisner, D. C. (2020). Identifying and eliminating the toxic work environment in the clinical setting: a narrative review. *Journal of Health Ethics Administration*, 10(2), 1-14.
- General, S. (2023). *Workplace well-being. US department of health and human services*. Retrieved December 17, 2024, from <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/priorities/workplace-well-being/index.html>.
- Hongsa, T., & Polyong, P. C. (2024a). Risk factors affecting stress and burnout among teachers: a cross-sectional study from Chonburi, Thailand. *The Journal of University of Occupational and Environmental Health*, 46(2), 203-213.
- Hongsa, T. & Polyong, P. C. (2024b). Prevalence and factors associated with sickness presenteeism among Thai and Foreign teachers following the end of COVID-19 public health emergency of international concern. *Korean Journal of Family Medicine*, 45, 1-9.
- Internet Marketing Company. (2019). *Being an assistant teacher but unable to have his own thoughts*. Retrieved January 20, 2025, from <https://pantip.com/topic/38503246>. (in Thai)
- Iqbal, J., Hashmi, Z. F., Asghar M. Z., Rehman A. U., & Järvenoja, H. (2024). Impact of petty tyranny on employee turnover intentions: the mediating roles of toxic workplace environment and emotional exhaustion in academia. *Behavioral Sciences*, 14(12), 1218.
- Japanese Society of Toxicology. (2024). *The 51st annual meeting of the Japanese society of toxicology*. Retrieved December 15, 2024, from <https://www.jsot2024.jp/index.html>.
- Jolly, P. M., Kong, D. T., & Kim, K. Y. (2021). Social support at work: an integrative review. In *Journal of Organizational Behavior*, 42(2), 229–251.
- Kamaruzaman, N. H., Izhar, F. M. N., Ruslan, N. F. N., Khairuefendy, N. N., Nasir, N. S. N., Anuar, A., et al. (2024). Navigating toxicity: how social support, age discrimination, and workplace spirituality shape mental health wellness. *Journal of Education*, 9(55), 403-421.
- Khomchadluek. (2024). *A young pharmacist caused a tragic Incident by gassing himself to death in his car, leaving behind a sad note. His boss did not listen to him and used pressure to force him to resign*. Retrieved December 17, 2024, from <https://www.komchadluek.net/news/crime/590532>. (in Thai)

- Knop, K. & Mielczarek, K. (2015). The improvement on the basis of PDCA and SDCA cycles. *Zeszyty Naukowe*, 2(3), 60-71.
- Lam, C. K., Walter, F., & Huang, X. (2017). Supervisors' emotional exhaustion and abusive supervision: the moderating roles of perceived subordinate performance and supervisor self-monitoring. *Journal of Organizational Behavior*, 38, 1151–1166.
- LaMontagne, A. D., Åberg, M., Blomqvist, S., Glozier, N., Greiner, B. A., Gullestrup, J., et al. (2024). Work-related suicide: evolving understandings of etiology & intervention. *American Journal of Industrial Medicine*, 67(8), 679-695.
- Liengsakul, K., Lakkanasirorat, M., & Arab, V. (2021). The prevalence and affected factors of workplace violence against staff working in a public secondary care hospital in southern Thailand. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 4(1), 117-133.
- Lockhart, L. (2018). What to do if your workplace is toxic. *Nursing made incredibly easy*, 16(6), 54-55.
- Matichon. (2019). *Teachers come out to expose being forced to sign for the receipt of the scandalous school lunches and parents urge legal action against the director*. Retrieved December 20, 2024, from https://www.matichon.co.th/region/news_1641763. (in Thai)
- McKinsey Company (2022). *Women in the workplace 2020*. Retrieved January 9, 2025, from https://wiw-report.s3.amazonaws.com/Women_in_the_Workplace_2022.pdf.
- Nimitniwat, S., Pawchit, C., Meesan, N. (2022). Scrutinize the bullying in school and workplaces. *Liberal Arts Review*, 17(1), 138-151.
- Office of Basic Education Policy and Planning, Ministry of Education. (2023). *Statistics on the number of teachers and educational personnel for the Year 2021-2023*. Retrieved January 22, 2025, from http://www.bopp.go.th/?page_id=3860. (in Thai)
- Owens, A. T. (2023). *Racial discrimination and toxic cultures at work: professional black employees and the great resignation* (Doctoral dissertation, Walden University).
- Ozamiz-Etxebarria, N., Idoiaga M. N., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., & Santabábara, J. (2021). Prevalence of anxiety depression and stress among teachers during the COVID-19 pandemic: a rapid systematic review with meta-analysis. *Brain Sciences*, 11(9), 1172.
- Rasool, S. F., Maqbool, R., Samma, M., & Anjum, A. (2019). Positioning depression as a critical factor in creating a toxic workplace environment for diminishing worker productivity. *Sustainability*, 11(9), 2589.
- Rasool, S. F., Wang, M., Tang, M., Saeed, A., & Iqbal, J. (2021). How toxic workplace environment effects the employee engagement: the mediating role of organizational support and employee wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2294.
- Robert, B. (2011). *Using effective leadership strategies in the workplace*. Retrieved January 26, 2025, from <https://www.robertbitting.com>.
- Samanchit, P. (2023). Motivation development as related to work performance for staff in faculty of pharmacy, Mahasarakham university. *Interdisciplinary Academic and Research Journal*, 3(5), 955–976.

- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2015). Workplace bullying: a tale of adverse consequences. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 12(1-2), 32-37.
- Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 333-335.
- Shkëmbi, F., Melonashi, E., & Fanaj, N. (2015). Workplace stress among teachers in Kosovo. *SAGE Open*, 5(4), 2158244015614610.
- Sleek, S. (2023). *Toxic workplaces leave employees sick, scared, and looking for an exit; how to combat unhealthy conditions*. Retrieved January 12, 2025, from <https://www.apa.org/topics/healthy-workplaces/toxic-workplace>.
- Sull, D. & Sull, C. (2023). *The toxic culture gap shows companies are failing women*. mit sloan management review. Retrieved December 20, 2024, from <https://sloanreview.mit.edu/article/the-toxic-culture-gap-shows-companies-are-failing-women/>.
- Taştan, S. B. (2017). Toxic workplace environment: in search for the toxic behaviors in organizations with research in healthcare sector. *Postmodern Openings*, 8(1), 83-109.
- Tencent Thailand Company. (2022). *Teachers can't stand it anymore, resign as civil servants, only burdens, teachers cheat students' money but receive only a small punishment*. Retrieved from <https://www.sanook.com/campus/1413183/>. (in Thai)
- The Joanna Briggs Institute. (2019). *Critical appraisal tools for use in jbi systematic reviews*. Retrieved January 9, 2025, from https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Systematic_Reviews2017_0.pdf
- The Matter. (2024). *Overwhelming workload but little pay. summary of the problem. why do thai teachers want to resign? when teachers are pushed to be the ones who sacrifice*. Retrieved December 15, 2024, from <https://thematter.co/social/education/why-thai-teachers-wanna-quit/160415>.
- Wolf, L. A., Perhats, C., Delao, A. M., & Clark, P.R. (2017). Workplace aggression as cause and effect: emergency nurses' experiences of working fatigued. *International Emergency Nursing*, 33, 48-52.
- Workplace Bullying Institute (WBI). (2021). *U.S. Workplace bullying survey*. Retrieved December 20, 2024, from <https://workplacebullying.org/wp-content/uploads/2024/01/2021-Full-Report.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2024). *Mental health at work*. Retrieved December 20, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ขอเชิญสมาชิก และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการ และบทความวิจัยในด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่น และเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร ฯ

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการพยาบาล การสาธารณสุข ด้านศิลปะการสอน การศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์

การส่งบทความ

ให้ส่งทางระบบออนไลน์มาที่ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ผ่านเว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JHSP/index> โดยระบุชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทร ของผู้นิพนธ์ เพื่อวารสาร ฯ ติดต่อกลับ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา มีกำหนดออก 3 ฉบับต่อปี คือ ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน) ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม) ฉบับที่ 3 (กันยายน – ธันวาคม)

การตรวจสอบก่อนส่งบทความ

1. บทความนี้ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น
2. หากเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์หรือปริญญาานิพนธ์ต้องผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย
3. บทความจะต้องพิมพ์ภายใต้รูปแบบตามที่วารสารกำหนดอย่างเคร่งครัด
4. บทความที่ออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ก่อนมีการเผยแพร่จะต้องแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หรือกองบรรณาธิการก่อนจึงจะถือว่าหนังสือรับรองการตีพิมพ์จะสมบูรณ์ หากไม่แก้ไขจะถือสิทธิ์ว่าไม่สมบูรณ์ไม่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการใด ๆ ทั้งสิ้น

เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ

1. บทความต้องผ่านการกลั่นกรองและการประเมินคุณภาพจากกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 - 3 ท่านต่อบทความ ขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ โดยผู้พิจารณาบทความ (Peer-review) จะไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้แต่งจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาเช่นกัน (Double Blind) และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาที่เป็นวรรณกรรมของบรรณาธิการ หรือบุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช หรือวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความต้องได้รับการยอมรับการตีพิมพ์จากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่าน จึงจะได้รับการตีพิมพ์
3. บทความต้องจัดพิมพ์ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
4. ผู้เขียนต้องส่งต้นฉบับวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษาด้วยระบบออนไลน์
5. วารสารสงวนสิทธิ์ที่จะเรียบเรียง และอาจจะปรับปรุงการนำเสนอบทความตามความเหมาะสมและความคิดเห็นของผู้เขียน

การเตรียมบทความต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ เนื้อหาและรายการอ้างอิงรวมกันไม่ควรเกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลาง ขนาดอักษร 17

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 (หนา) อยู่ใต้ชื่อเรื่องให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 (หนา) ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ตรงกลาง ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่ม e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้าต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16 (หนา)

7. การเรียงหัวข้อ หัวข้อย่อยให้ย่อหน้า 1.25 ซม. ขนาดอักษร 15 (หนา)

8. การใช้ตัวเลขคำย่อ และวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

9. การกำหนดเลขหัวข้อ หัวข้อใหญ่ให้ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อย่อยใช้หัวข้อหมายเลขระบบทศนิยม หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2.5 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 3 ซม. หัวข้อย่อยถัดมาให้ย่อหน้า 2 ซม. หลังจากนั้นถัดมาหัวข้อละ 0.5 เซนติเมตร และใช้ “-” แทนการกำกับแทนตัวเลข เช่น

1.

1.1

1.1.1

1.1.1.1

1)

1.1)

-

10. ตารางและภาพประกอบ ให้ระบุชื่อตารางไว้เหนือตารางแต่ละตารางและระบุชื่อภาพแต่ละภาพไว้ใต้ภาพนั้น ๆ เว้นบรรทัดเหนือชื่อตาราง และเหนือรูปภาพ 1 บรรทัด และเว้นใต้ตาราง และใต้ชื่อภาพ 1 บรรทัด และจัดเรียงตามลำดับหรือหมายเลขที่อ้างถึงในบทความ คำบรรยายประกอบ ตารางหรือภาพประกอบควรสั้นและชัดเจน ภาพถ่ายให้ใช้ภาพขาวดำหรือสีก็ได้ ภาพต้องเป็นภาพที่มีความคมชัด ส่วนภาพเขียนลายเส้นต้องชัดเจน มีขนาดที่เหมาะสม กรณีคัดลอกตารางหรือภาพมาจากที่อื่น ให้ระบุแหล่งที่มาใต้ตารางและภาพประกอบนั้น ๆ ด้วย

11. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)

- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- นิยามศัพท์ (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
 - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 - การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

12. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- References

13. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดยศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.wooster.edu/psychology/apa-crib.html>.

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงในเนื้อหา

ใช้ระบบนาม-ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Nawsuwan, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, & Singsri, 2015)

(Nawsuwan, Chotibun, Singsri, Singhasem, Suwannaraj, Janpes, et al., 2015)

การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม-ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”

“พยาบาลจึงจะต้องเป็นนักคิด และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ความสงสัยที่เกิดขึ้นตลอดเวลา” (Kunaviktikul, 2007)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan (2017)

การอ้างอิงท้ายบทความ

1. บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.” สำหรับบทความหนังสือหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of nursing students in Boromarajonani College of Nursing*, Songkhla. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N., & Hyun, H. H. (2012). *How to design and evaluate research in education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

2. ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013). *Collection of academic performance in humanized service mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3. การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). "Information and documentation. In Potter, A. P., Perry, G. A., Stockert, A. P. & Hall, A. " *Basic nursing challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

4. การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Heubecke, E. (2008). *The new face of nursing: expanding patient advocacy with leadership, creativity, and vision*. Johns Hopkins Nursing Magazine. Retrieved November 3, 2013 from <https://magazine.nursing.jhu.edu/>

5. การอ้างอิงจากวารสาร

Sheiham, A. (2006). Dental caries affects body weight, growth and quality of life in pre-school children. *British Dental Journal*, 201(10), 625-626.

6. วิทยานิพนธ์

Nawsuwan, K. (2015). *Indicators development of nursing students's identities in nursing colleges, Ministry of Public Health*. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirement for the doctor of education degree in educational administration faculty of education and liberal arts, Hatyai University. (in Thai)

7. รายงานการวิจัย

Chitnomrath, T. (2011). *A Study of factors regarding firm characteristics that affect financing decisions of public companies listed on the stock exchange of Thailand* (Research report). Bangkok: Dhurakij Pundit University. (in Thai)

8. การนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ

Jankingthong, K. (2019, July 12-13). Confirmatory factor analysis of organizational citizenship behavior of personnel in Southern Border Provinces Administrative Center (SBPAC). In *The 10th Hatyai national and international conference*. Hatyai University, Songkhla. (in Thai)

Template บทความวิจัย

3.17 ซม.

2.54 ซม.

2.54 ซม.

บทความใช้รูปแบบ front TH SarabunPSKทั้งบทความ

ชื่อบทความภาษาไทย TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

ชื่อบทความภาษาอังกฤษ TH SarabunPSK (หนา) ขนาดตัวอักษร 17

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

ชื่อผู้เขียนภาษาไทย (ไม่ต้องใส่คำนำหน้า) ขนาดตัวอักษร 14^{1*} (หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่เลข และ *)

ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14 (หนา)

¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12 (หนา) (ผู้แต่งสังกัดสถานที่เดียวกันไม่ต้องใส่เลข และ *)

¹สถานที่ทำงานของผู้เขียนภาษาอังกฤษ^{1*} ขนาดตัวอักษร 12 (หนา)

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

(Received : เดือน วันที่, ค.ศ., Revised : เดือน วันที่, ค.ศ., Accepted : เดือน วันที่, ค.ศ.)

บทคัดย่อ (ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนาบทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า

(ย่อหน้าที่ 1) ประกอบไปด้วย งานวิจัยแบบไหน วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีวิจัย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....

.....

(ย่อหน้าที่ 2) เป็นการนำเสนอ ผลการวิจัย เสนอตามวัตถุประสงค์ที่เป็นส่วนสำคัญ

.....

(ย่อหน้าที่ 3) เป็นข้อเสนอแนะ ให้ระบุข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย และองค์ความรู้ ที่เป็นประโยชน์จากงานวิจัย.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

คำสำคัญ: หัวข้อคำสำคัญ (ขนาด 15 หนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:.....) (ขนาด 12 ไม่หนา) (ผู้แต่งคนเดียวไม่ต้องใส่ *)

2.54 ซม.

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาเหมือนบทคัดย่อภาษาไทย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords: ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 หน้า) คำสำคัญขนาด 15 ไม่หนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการกั้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี)(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

(enter ขนาด 15)

นิยามศัพท์ (ถ้ามี)

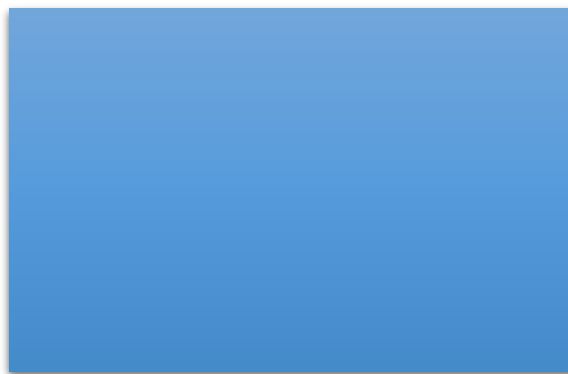
(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อหน้า ค

หากมีภาพกรอบแนวคิด ให้ใส่ชื่อภาพไว้กึ่งกลางใต้ภาพ เช่น



ภาพ 1 (หนา)(ชื่อภาพไม่หนา)..... ขนาด 15

(enter ขนาด 15)

ระเบียบวิธีวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา).....

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การเก็บรวบรวมข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

การวิเคราะห์ข้อมูล (ย่อหน้า 1.25 ซม. หัวข้อขนาด 15 หนา เนื้อหาขนาด 15 ไม่หนา)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค.....

(enter ขนาด 15)

จริยธรรมวิจัย (ขนาด 16 หนา)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาด 15 ไม่หนา.....

(enter ขนาด 15)

ผลการวิจัย (ขนาด 16 หนา)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หนา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

1. ข้อมูลทั่วไป

(enter ขนาด 15)

ตาราง 1ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หนา, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หนา) ภายใน
ตารางขนาด 14 หัวข้อ (หนา) เนื้อหา (ไม่หนา)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (ระบุทศนิยม 2 ตำแหน่ง)
เพศ		
หญิง (ย่อหน้า 5 เคาะ)	25	20.00
ชาย (ย่อหน้า 5 เคาะ)	75	75.00

ที่มา: (ถ้ามี)

(อธิบายใต้ตาราง)ให้ผู้เขียนนำเสนอผลจากตารางที่น่าสนใจ เช่น

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย เป็น 3 เท่าของเพศหญิง (ร้อยละ 75.00)

2. หัวข้อตอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย

(enter ขนาด 15)

ตาราง 2ชื่อตาราง..... (ตาราง 1 ขนาด 15 หน้า, ชื่อตาราง ขนาด 15 ไม่หน้า) ภายใน
ตารางขนาด 14 หัวข้อ (หน้า) เนื้อหา (ไม่หน้า)

หัวข้อ	หัวข้อ	หัวข้อ
สมรรถนะการพยาบาล		
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x
ด้านxxx (ย่อหน้า 5 เคาะ)	x	x

(enter ขนาด 15)

อธิบายตาราง (เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการ
กำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

จากตาราง 2 พบว่า.....

(enter ขนาด 15)

อภิปรายผล(ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า โดยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย)
หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ หน้า ค

(enter ขนาด 15)

การนำผลการวิจัยไปใช้ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อจำกัดในการวิจัย (ถ้ามี)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษา การกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่หน้า) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 และถัดไป (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ และการอ้างอิงต้องมีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ข

Abstract (ภาษาอังกฤษ 16 หน้า)

เนื้อหาย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา บทคัดย่อไม่เกิน 1 หน้า (300-350 คำ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

Keywords:ภาษาอังกฤษ (ขนาด 15 นนา) คำสำคัญขนาด 15 ไม่นนา แต่ละคำให้ใช้ , ในการค้นคำ

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค.

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค.

(enter ขนาด 15)

สรุป (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค.

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

References (ขนาด 16 หน้า)

เอกสารอ้างอิงให้ย่อหน้าในบรรทัดที่ 2 (1.25 ซม.) และการอ้างอิงต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งบทความ มีใน references และ บทความ เช่น

Nawsuwan, K., Chotibun, P., & Singsri, T. (2015). *Identity of Nursing Students in Boromarajonani College of Nursing, Songkhla*. Songkhla: Boromarajonani College of Nursing, Songkhla. (in Thai)

(การอ้างอิงสามารถศึกษาได้จากหน้า จ-ซ)

สอบถามข้อมูล

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่

อาจารย์วรัญญา จิตรบรรทัด (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช 80000

Tel. 089-6163137 E-mail: waranya@bcnnakhon.ac.th



วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Health Sciences and Pedagogy

ISSN : 2985-1602 (Online)

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม - สิงหาคม 2568



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat