



วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

Journal of Health Sciences and Pedagogy

ISSN : 2985-1602 (Online)



ปีที่ 5 ฉบับที่ 3
กันยายน - ธันวาคม 2568





วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา

JHSP : Journal of Health Sciences and Pedagogy

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เมษายน – 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

- สาขอนามัยสิ่งแวดล้อม
- สาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- สาขาส่งเสริมสุขภาพ
- สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- สาขาสุขศึกษา
- สาขอนามัยชุมชน
- สาขาการบริหารโรงพยาบาล

ด้านการศึกษา

- ด้านศิลปะการสอน และการศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การแพทย์ หรือขึ้นอยู่กับการพิจารณาของบรรณาธิการ

Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2025. Vol. 5 No.1 January – April 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 ศิริธรรังศรี

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 สรรเสริญ

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 ปานเจี้ยง

คณะศึกษาศาสตร์และศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยหาดใหญ่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลวดี อภิชาติบุตร

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรชาติ สีนวรณ์

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวั

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

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

ดร.ภาวดี เหมทานนท์
ดร.นภชา 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

สวัสดีค่ะ ดิฉันบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ก่อนอื่นต้องขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุน และส่งบทความวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ สำหรับผลการประเมินรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ได้ผ่านการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล TCI ในรอบที่ 5 (พ.ศ. 2568 - 2572) โดยยังคงอยู่กลุ่ม 2 ไปจนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572

ฉบับนี้เป็นปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ซึ่งมีทั้งหมด 13 บทความ ในฉบับนี้ยังคงมีเนื้อหาตามมาตรฐานของวารสารที่มีความหลากหลาย เป็นบทความวิจัย 12 เรื่อง และบทความวิชาการ 1 เรื่อง นำเสนอเนื้อหาในประเด็นทางการแพทย์และสาธารณสุขที่น่าสนใจ โดยผู้ที่สนใจสามารถเข้าถึงบทความวิจัยฉบับเต็มที่ได้เว็บไซต์ของวารสาร

สุดท้ายนี้ ในนามของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ดิฉันขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าของท่านเพื่อประเมินคุณภาพของบทความ ขอขอบคุณคณะผู้ทรงคุณวุฒิประจำกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา และผู้สนับสนุนทุกท่านที่อนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการอันทรงคุณค่าของท่านในวารสาร ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนานักวิชาการ นักวิจัย ให้มีคุณภาพสูงขึ้น และช่วยพัฒนางานวิชาการของประเทศไทยสืบไป

อาจารย์ วรรณญา จิตรบรรทัด
บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

วัตถุประสงค์

ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ

บรรณาธิการวารสารแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

1. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย e270428

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช (Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Behaviors of Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province)

อลิสา บัวทอง (Alisa Buathong)

2. ปัจจัยทำนายความเข้มแข็งทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอโนนน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี e271094

(Factors Predicting Resilience Among Older Adults in Nam Som District, Udon Thani Province)

กัลยารัตน์ อินทบุญศรี (Kanyarat Inthaboonsri)

3. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ต่อความรู้และพฤติกรรม e271283

การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา (The Effect of the D-METHOD Discharge Planning Program on Knowledge and Self-Care Behaviors of Tuberculosis Patients in the Inpatient Ward at Sadao Hospital)

เนตรชนก จุละวรรณโณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ (Natechanok Julawanno, Kittiporn Nawsuwan)

4. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอ e271383

ช้างกลาง จังหวัดนครศรีธรรมราช (Development of a Tuberculosis Care Model Through Community Participation in Chang Klang District, Nakhon Si Thammarat Province)

รัตนา กรายแก้ว, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, จตุพร เหลืองอุบล (Rattana Kraikaew, Terdsak Promarak, Jatuporn Luangubol)

5. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุม e271755

โรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช (The Study on the Relationship Between Perception and Participation in the Prevention and Control of Dengue Fever Among Village Health Volunteers in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province)

กวินทิพย์ รอดบางพง, มิ่งขวัญ ศิริโชติ (Kawintip Rodbangpong, Mingkwan Sirichote)

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
6. ความเครียดและประสิทธิผลในการปกครองเด็กพิเศษของผู้ปกครองศูนย์การศึกษา เด็กพิเศษ จังหวัดสมุทรสงคราม (Stress and the Effectiveness of Special Needs Childcare by Parentals at the Special Education Center, Samut Songkhram Province) จตุพร อุ่นประเสริฐสุข, ทิพย์วารินทร์ เบ็ญจนิรัตน์ (Jatuporn Ounprasertsuk, Tipvarin Benjanirat)	e271647
7. การพัฒนาแนวทางการควบคุมและป้องกันโรคเล็ปโตสไปโรซิส จังหวัด นครศรีธรรมราช (Development of the Guideline for the Control and Prevention of Leptospirosis in Nakhon Si Thammarat Province) พิทยา แต่งเกลี้ยง, สุมลรัตน์ ขนอม (Pittaya Tangcleang, Sumonrat Khanom)	e273090
8. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า (Effect of an Empowerment Program on the Caregiving Burden of Older Adults with Depression) เมตตา เลิศเกียรติรัชตะ, ณัฐฐา นน่อพันธ์ (Metta Lertkiatratchata, Naruttha Norphun)	e272150
9. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง (Development of a Care Management Model for Dependent Older Adults in the Community Health Center of Kantang Hospital, Trang Province) ปรีชา ถิ่นนัยธร, จุฑาทิพย์ เสนีย์, สุวิมล จิตรแก้ว, บุปผา รักษานาม (Preecha Tinnaitorn, Jutatip Sane, Suwimon Jitkaew, Buppha Raksanam)	e272242
10. การพัฒนาโปรแกรม SMARTCARE-Telehealth สำหรับผู้สูงอายุในหน่วยบริการ ปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา (The Development of the SMARTCARE- Telehealth Program for Older Adult Care in Primary Care Units of the Songkhla Hospital Network) สรเสรีญ อุ้ยเอ็ง, จักรพงษ์ เหมรัตน์จิระกุล, เพ็ญศิริ อุตถาวงค์ (Sunsern Ui-eng, Jakapong Hemmaratchirakul, Phensiri Atthawong)	e272387
11. ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการรั่วซึมของสารทึบรังสีออกนอกหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่ เข้ารับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แผนกรังสีวิทยา โรงพยาบาลยะลา (Factors Affecting the Extravasation of Contrast Media from the Vein among Patients Undergoing Computed Tomography Scans at the Radiology Department, Yala Hospital) สินีนาด วารี (Sineenad Waree)	e272906

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
12. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดตรัง (Development of a Support Model for Primary Healthcare Services for Subdistrict Health Promoting Hospitals Transferred to the Trang Provincial Administrative Organization)	e273092
รัชพล สัมฤทธิ์, วราณี สัมฤทธิ์ (Ratchapol Sumrit, Waranee Sumrit)	
บทความวิชาการ (Academic Article)	
13. ผลของอาหารและรูปแบบการบริโภคแบบเมดิเตอร์เรเนียนที่มีผลอาหารต่อภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (The Effect of Mediterranean Diet and Consumption Patterns on Erectile Dysfunction)	
อภิรัตน์ ศุภธนาทรัพย์, จิรายุส ไมตรีสถิต (Abhirat Supthanasup, Chirayus Maitrisathit)	
คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ.....	ก
ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์.....	ก
การส่งบทความ.....	ก
การตรวจสอบก่อนส่งบทความ.....	ข
เกณฑ์การพิจารณาคุณภาพของบทความ.....	ข
การเตรียมบทความต้นฉบับ.....	ค
ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง.....	จ
Template บทความวิจัย.....	ซ
Template บทความวิชาการ.....	ฎ
สอบถามข้อมูล.....	ณ

บรรณาธิการวารสารแถลง

วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา (Journal of Health Sciences and Pedagogy) ได้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย/บทความวิชาการ ด้านการพยาบาล ด้านสาธารณสุข ด้านศิลปการสอน และการศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ผลงานที่เผยแพร่ทุกเรื่องต้องผ่านการประเมินคุณภาพและความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขานั้น ๆ อย่างน้อยจำนวน 2 ท่าน เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีประโยชน์ในพัฒนาการพยาบาล การสาธารณสุข และการเรียนการสอนแก่บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการศึกษาประชาชนทั่วไป และผู้ที่สนใจ วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ได้ผ่านการรับรองคุณภาพและอยู่ในฐานข้อมูล Thai-Journal Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 2 รอบที่ 5 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572 โดยวารสารฉบับนี้ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เป็นปีที่ 5 ฉบับที่ 3 มีการนำเสนอบทความวิจัย 12 บทความ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาเวลาอันมีค่าของท่านเพื่อประเมินคุณภาพของบทความ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวารสารที่จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้อ่านและผู้มีส่วนได้เสียในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่อนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการอันทรงคุณค่าของท่านในวารสาร ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนานักวิชาการ นักวิจัย ให้มีคุณภาพสูงขึ้น

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

วัลลภา ดิษสระ

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

วัตถุประสงค์

ที่ปรึกษาและกองบรรณาธิการ

บรรณาธิการวารสารแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข จาก
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Factors Associated with
Work-Related Stress among Public Health Personnel during theCovid-19)
ซัมซุดดีน ฮามะ, เอกพล กาละดี และวรางคณา จันทร์คง (Shamsuddean Hama, Akaphol
Kaladee and Warangkana Chankong) e272695

2. การประเมินสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่าย
โอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช (An Evaluation of the
Competencies of Public Health Personnel in Subdistrict Health Promoting Hospitals
Transferred to the Provincial Administrative Organization, Nakhon Si Thammarat
Province) e273235
เบญจวรรณ จันทระ, วรพจน์ พรหมสัตยพรต และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ (Benjawan Jantara,
Vorapoj Promasatayaprot2 and Surasak Thiabrithi)

3. ผลของการพัฒนาระบบการประสานรายการยาสำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแวง
(The Effects of Developing an Inpatient Medication Reconciliation System at
Waeng Hospital) e274105
ไอลีนา แวดือราแม (Laileena Waedueramae)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้า
รับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ (Factors Related to Self-
Care Behaviors of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Attending the Diabetes
Clinic at Khlong Thom Hospital, Krabi Province.) e274617
อ้อมฤดี ขนานใต้ และสุรเดช สำราญจิตต์ (Omruedee Khanantai and Suradej Samranjit)

สารบัญ (ต่อ)

5. พฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต (Behavior of Food Sanitation Operations of Administrator and Worker in Phuket Provincial Administrative Local Government Organizations) e274671
ฐาปกรณ์ อินทบวร, อารยา ประเสริฐชัย และ ปธานิน แสงอรุณ (Thapakorn Intabovorn, Araya Prasertchai and Pathanin Sangaroon)
6. ผลของกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็งโรงพยาบาลสุรินทร์ (The Effects of Supportive Group Therapy on Depression in Cancer Patients at Surin Hospital) e274691
วันเพ็ญ ทัดศรี1 และ รสสุคนธ์ นามวัฒน์ (Wanphen Thadsri and Rotsukon Namwat)
7. ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือต่อการยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค (The Effects of a Mobile Application-Based Video Education and Monitoring Program on Medication Adherence in Tuberculosis Patient) e274892
จิราภรณ์ ชูวงศ์ และ ดวงใจ สวัสดิ์ (Jiraporn Choowong and Duangjai Sawatdee)
8. ประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก(ส่วนกลาง) (Efficiency of Teamwork among Personnel of the Praboromarajchanok Institute (Central Administration) e275569
เนตรวารี ยิ้มแย้ม*และ เจษณี บุตรดำ (Netwari Yimyaem and Chetsanee Butdam)
9. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี (Health literacy and fall prevention behavior among Elderly people in the community Mueang District, Surat Thani Province) e276005
ชุลีพร หิตอักษร, รสติกร ขวัญชุม, ณัฐชา บุญเพ็ง, พันธิกา เพชรเนียน, มณีนุชา สาบวช, อติกานต์ คงมี และอัสมี บินล่าเต๊ะ (Chuleeporn Heetakson, Rostikorn Khwanchum*, Natcha Bunpheng, Puntipa Phetniam Maneeya Sabouch, Atikan Kongmee and Asmie Binlateh)

สารบัญ (ต่อ)

10. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงอำเภอเมืองชัยภูมิ e276613
จังหวัดชัยภูมิ (Predictive Factors of Health Literacy among Older Adults with
Hypertension in Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province)
ธัญรัตน์ ภูงค์ชัย, ณัฐปภัสร์ นวลสีทอง และบังอร ปรอยโคกสูง (Thanyarat Phuchongchai
Natpapat Nuansithong and Bangon Proykoksong)
11. การพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษในคลินิกไทรอยด์โรงพยาบาล สะเดา e277617
(Development of a Self-Care Manual for Patients with Hyperthyroidism in the
Thyroid Clinic, Sadao Hospital)
อัมพร วรานุเศรษฐ์ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (Amporn Varanused and Kittiporn
Nawsuwan)
12. การรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด e276937
(Perceived Self-efficacy in Providing Contraceptive Services among Nursing
Students)
ศศิพัชร พูลสวัสดิ์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และพนิดา ภูตระกูล (Sasipach Poonsawat, Chularat
Howharn and Panida Pootrakoon)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข
จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส

Factors Associated with Work-Related Stress among Public Health Personnel
during the Covid-19 Pandemic in Choairong District, Narathiwat Province

ซัมซุดดีน หามะ¹, เอกพล กาละดี^{2*} และ วรางคณา จันทร์คง²

Shamsuddean Hama¹, Akaphol Kaladee^{2*} and Warangkana Chankong²

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹A Student in Master of Public Health Program, Sukhothai Thammathirat Open University

²School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

(Received: December 13, 2024, Revised: August 5, 2025, Accepted: September 20, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส กลุ่มตัวอย่างจำนวน 243 คน เก็บข้อมูลช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามออนไลน์ด้วยรูปแบบ Google form ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องเนื้อหาระหว่าง 0.67 – 1.00 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยลอจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีความเครียดในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.31) เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว พบว่า อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี และสถานภาพสมรส/คู่ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (adj.OR= 2.23, 95%CI= 1.10 – 4.53; adj.OR= 2.17, 95%CI= 1.03 – 4.58)

ฉะนั้น กลุ่มงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลเจาะไอร้อง ควรจัดกิจกรรมหรือโครงการเฉพาะสำหรับบุคลากรที่มีอายุน้อยและบุคลากรที่มีสถานภาพสมรส โปรแกรมฝึกการจัดการความเครียดหรือการวางแผนชีวิต

คำสำคัญ: ความเครียดในการปฏิบัติงาน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, บุคลากรสาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: akaphol.kal@stou.ac.th)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the factors associated with work-related stress among public health personnel during the COVID-19 pandemic in Cho-airong District, Narathiwat Province. The sample consisted of 243 participants, and data were collected between December 2023 and January 2024. The research instrument was an online questionnaire administered via Google Forms, which was validated by three experts with a content validity index (CVI) ranging from 0.67 to 1.00. The reliability coefficient was 0.88. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis.

The results revealed that most public health personnel experienced a moderate level of work-related stress (61.31%). After controlling for other variables, it was found that being aged 40 years or younger and having a marital/partnered status were significantly associated with work-related stress among public health personnel during the COVID-19 pandemic in Cho-airong District, Narathiwat Province, at the 0.05 level of significance (adj.OR= 2.23, 95%CI= 1.10–4.53; adj.OR= 2.17, 95%CI= 1.03–4.58).

Therefore, the Mental Health Division of Choairong Hospital should implement targeted programs or activities for younger personnel and those who are married, such as stress management training or life-planning programs.

Keywords: Work-related stress, Coronavirus Disease, Public Health Personnel

บทนำ

ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แพร่อย่างรวดเร็วและกว้างขวางไปหลายประเทศทั่วโลก เป็นเหตุให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยผู้ที่ติดเชื้อไวรัสนี้จะมีอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ แสดงอาการตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อย ได้แก่ คัดจมูก เจ็บคอ ไอ และมีไข้ บางรายมีอาการรุนแรง ปอดบวม หรือหายใจลำบากร่วมด้วย ความเสี่ยงการติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิตพบสูงขึ้นในผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เพื่อลดความเสี่ยงติดเชื้อ คนที่ป่วยและมีอาการควรใส่หน้ากากอนามัยและส่งเสริมให้มีการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่นั้น บุคลากรสาธารณสุขเป็นกลุ่มบุคคลที่ต้องให้บริการใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงติดเชื้อหรือผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้เกิดความรู้สึกรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ หวาดกลัววิตกกังวล เครียด และบางครั้งต้องประสบเหตุการณ์สูญเสียผู้ป่วยที่ดูแลหรือคนใกล้ชิด การช่วยเหลือบุคลากรสาธารณสุขด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจะต้องบูรณาการไปกับการบูรณาการทำงานรับมือสถานการณ์การระบาดของโรค โดยจะต้องมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือ การเฝ้าระวังติดตาม การประเมินสภาวะสุขภาพจิต ภาวะหมดไฟ และสภาวะบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง องค์การ

จำเป็นต้องจัดเตรียมระบบการดูแลช่วยเหลือที่พร้อมให้บริการเพื่อให้บุคลากรของหน่วยงานสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและรับบริการช่วยเหลือทางสังคม จิตใจที่มีประสิทธิภาพได้ทันทั่วทั้ง เมื่อวิกฤตดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อคนทั้งโลกทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างไม่เคยมีมาก่อน ในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขเองก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน และยังมีภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งการเตรียมการป้องกันและการรับบริการผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ผู้เสี่ยงติดเชื้อและจำนวนติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น ข้อจำกัดในการดูแลรักษาทั้งเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อที่บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่คุ้นเคย และไม่ชำนาญในการดูแลรักษาโรคติดเชื้อนี้ ซึ่งยังไม่มีวิธีการรักษาที่ชัดเจน อีกทั้งความเสี่ยงที่เพิ่มเป็นเท่าทวีในฐานะด่านหน้าที่ต้องเผชิญกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าต่อบุคลากรมากยิ่งขึ้น (Department of Mental health, 2019)

แม้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะกระทบต่อชีวิตผู้คนในจังหวัดชายแดนใต้ แต่ตัวเลขการระบาดที่ไม่มากในพื้นที่ก็สะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องในการควบคุมโรคระบาดในพื้นที่ ขณะที่มาตรการของรัฐบาลในการบริหารป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น ยังส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ทั้งในประเทศและชายแดนใต้ งานวิจัยเชิงสำรวจในพื้นที่ได้เผยให้เห็นถึงผลกระทบทางสังคมจากโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้คนในจังหวัดชายแดนใต้ ดังที่มีงานวิจัยเรื่องการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อผลกระทบจากมาตรการลดการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสามจังหวัดชายแดนใต้ มีการสำรวจประชาชนในพื้นที่จำนวน 3,904 คน ประกอบด้วย ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม 3,358 คน และผู้นับถือศาสนาพุทธจำนวน 581 คน ผลการสำรวจพบว่าประชาชนส่วนใหญ่รับทราบมาตรการต่าง ๆ ของรัฐ ร้อยละ 100 และร้อยละ 99 รับทราบว่า ผู้ที่เดินทางออกจากเคหสถานต้องสวมหน้ากากอนามัยรวมทั้งเห็นด้วย ในข้อนี้ว่า เมื่อเข้าสู่ช่วงเดือนรอมฎอน (เดือนถือศีลอดของชาวมุสลิม) จำเป็นต้องมีมาตรการเพื่อควบคุมโรคติดต่อร้อยละ 94 แต่มีข้อที่เห็นด้วยน้อยที่สุดคือ การงดเว้นการละหมาดห้าเวลาในมัสยิด ร้อยละ 65 และการปิดตลาดเดือนรอมฎอน ร้อยละ 66 จะเห็นได้ว่า แม้ประชาชนจะเห็นด้วยกับมาตรการต่าง ๆ ของรัฐ แต่มาตรการบางอย่างก็ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันของผู้คน ด้านผลกระทบต่อสุขภาพจิตนั้นพบว่า ประชาชนกว่าร้อยละ 91 ในห้วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกไม่สามารถหยุดหรือควบคุมความกังวลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดได้ (Talek, 2021)

บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับรวมทั้งบุคลากรฝ่ายสนับสนุนที่ให้บริการแก่ผู้รับบริการกลุ่มต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งผู้มารับบริการที่มีความเจ็บป่วยทั่วไป กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อและกลุ่มที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนอย่างเต็มความสามารถท่ามกลางสถานการณ์ของการระบาดใหญ่ครั้งนี้ โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้น การเตรียมตนเองให้มีความพร้อมเพื่อเผชิญและรับมือกับสถานการณ์ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้บุคลากร การตระหนักรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ ความรู้สึกตนเองและคนรอบข้าง ตลอดจนการเรียนรู้ถึงวิธีการดูแลจิตใจตนเองให้สามารถบริหารจัดการความเครียดและยังคงปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณค่าและมีประสิทธิภาพต่อไป จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อบุคลากรทุกคนไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการเตรียมความพร้อมและเสริมสร้างความแข็งแรงทางร่างกาย โดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส มีทั้งสิ้นจำนวน 243 คน จากการประเมินความเครียดของบุคลากรปีงบประมาณ 2562, 2563, 2564 และ 2565 พบว่า ระดับน้อยร้อยละ 48.90, 67.03, 69.35 และ 79.90 ตามลำดับ ระดับปานกลางร้อยละ 39.56, 24.73, 16.58 และ 14.07 ตามลำดับ ระดับมากร้อยละ 10.99, 8.24,

5.03 และ 4.02 ตามลำดับ และระดับเครียดมากที่สุดร้อยละ 0.55, 1.65, 2.01 และ 3.02 ตามลำดับ (Psychology Department, Cho ai-rong Hospital, 2022) จากข้อมูลจะเห็นได้ว่า บุคลากรในโรงพยาบาล เจาะไอร้อง มีความเครียดในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเครียดน้อยและในระดับความเครียดน้อยและระดับความเครียดมากที่สุดนั้น มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สืบเนื่องจากต้องเผชิญสภาวะกดดันต่าง ๆ ทั้งจากภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น การปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ที่มีทรัพยากรจำกัด ความซับซ้อนของระบบงานและการสื่อสารต้องเผชิญกับการสูญเสียต่าง ๆ ความเครียดส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากร ทำให้ปฏิบัติงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ นอกจากนี้พื้นที่อำเภอเจาะไอร้องเป็นอำเภอชายแดนที่อยู่ใกล้กับประเทศมาเลเซีย ผู้คนส่วนมากทำงานที่ประเทศมาเลเซียทำให้มีผู้ติดเชื้อที่เดินทางกลับจากการเดินทางมายังประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง บุคลากรสาธารณสุขต้องรับภาระที่เพิ่มขึ้น ภาวะเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียดและปัญหาด้านสุขภาพจิตอื่น ๆ ได้นอกจากนี้หน่วยบริการที่ไม่ได้ให้บริการประชาชนโดยตรง เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเจาะไอร้อง มีการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีภาวะเครียดจากการให้บริการในช่วงที่มีการระบาดหนัก เพราะไม่มีประสบการณ์ในการให้บริการผู้ป่วยมาก่อน

จากสภาพปัญหาและด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมุ่งที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการศึกษาความเครียดในบุคลากรสาธารณสุขในช่วงเวลาการระบาดดังกล่าว แม้ว่าสถานการณ์การระบาดจะเบาบางลง แต่มีโอกาสที่บุคลากรจะมีความเครียดอีกครั้งจากการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคตอันใกล้ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานและการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตกับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นเพื่อเฝ้าระวังความเครียดในการปฏิบัติงานและสามารถรับมือกับการเผชิญปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

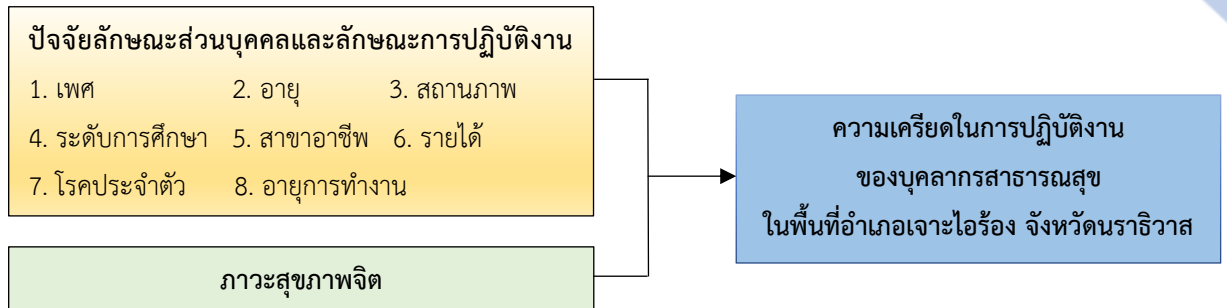
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส

สมมติฐาน

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ได้กำหนดกรอบแนวคิดการศึกษา ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 263 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก Z-test, Statistical test เลือก Logistic regression เลือก Two tailed กำหนดค่าขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยเรื่องภาวะความเครียดในช่วงวิกฤตโควิด-19 ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอปรางบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (Chanaudomsuk & Thammakun)= 0.15 , Power= .80, R^2 other X= 0, X Distribution เลือก Binomial ได้กลุ่มตัวอย่าง 231 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ได้ 12 คน รวม 243 คน (Naing, Winn, & Rusli, 2006)

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการหยิบฉลากรายชื่อ

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) เป็นผู้ที่ยินดียินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นบุคลากรที่ตอบแบบสอบถามไม่ถูกต้อง และสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะการปฏิบัติงาน จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพ 4) ระดับการศึกษา 5) สาขาอาชีพ 6) รายได้ 7) โรคประจำตัว และ 8) อายุการทำงาน โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้ตรวจรายการ (Check list) และให้เติมข้อความ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามวัดความเครียดในการปฏิบัติงานจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาแปลมาจากแบบสอบถามของ Shin (2021) ที่เป็นแบบมาตราวัดประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) ซึ่งแบ่งเป็นคำถาม 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านลักษณะทั่วไป 5 ข้อ

- 2) ด้านลักษณะงานที่เปลี่ยนแปลง 4 ข้อ 3) ด้านภาระงาน 6 ข้อ 4) ด้านการขาดแคลนทรัพยากร 5 ข้อ และ 5) ด้านผลกระทบส่วนตัว 5 ข้อ รวม 25 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด (Closed-ended questions)

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยความเครียดได้ดังนี้ ความเครียดระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.80 – 5.00), ความเครียดระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.40 – 3.79) และความเครียดระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.39)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพทั่วไปฉบับย่อ (General health questionnaire -12; GHQ-12) เป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตที่พัฒนามาจาก GHQ ของเดวินพี โกลด์เบิร์ก ปี ค.ศ. 1972 แปลเป็นไทยโดย NilChaikovit, Sukying, & Silpakit (2002) โดยข้อคำถามของ GHQ จะครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappy) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องทางสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค (Hypocondriasis) โดย Thai GHQ-12 มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตรส่วนประมาณค่าตั้งแต่ 1 - 4

การแปลผล GHQ-12 มีตัวเลือก 4 คอลัมน์ ถ้าตอบ 2 คอลัมน์ด้านซ้ายมือ มีค่าเท่ากับ 0 คะแนน และ ถ้าตอบ 2 คอลัมน์ด้านขวามือ มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน โดยระดับภาวะสุขภาพจิต (GHQ-12) ที่มีคะแนนระหว่าง 9 - 12 มีภาวะสุขภาพจิตระดับสูง (Severe) คะแนนระหว่าง 5 - 8 มีภาวะสุขภาพจิตระดับปานกลาง (Moderate) และคะแนนระหว่าง 0 - 4 มีภาวะสุขภาพจิตระดับต่ำ (Mild)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

นำแบบสอบถามไปหาความเที่ยงตรงในด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity) โดยผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามทั้ง 3 ตอน ให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่าน และ อาจารย์สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ 1 ท่าน โดยทุกข้อคำถามมีค่า IOC ระหว่าง 0.67 - 1.00

จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอหรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความเครียดในการปฏิบัติงานเท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต โดยรวมมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจาะไอร้องและสาธารณสุขอำเภอเจาะไอร้องแล้ว ผู้ศึกษาประสานกับผู้ช่วยศึกษาให้เก็บข้อมูลตามจำนวนที่กำหนด

2. ผู้ศึกษาเก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์ ด้วยรูปแบบ Google form ในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 โดยก่อนตอบแบบสอบถามได้ทำความเข้าใจกับประชากรที่ศึกษาเกี่ยวกับแบบสอบถามทั้งหมดและในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถามและตอบแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ใช้เวลาทำแบบสอบถามประมาณ 30 นาที โดยไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยกำหนดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามไว้ 1 สัปดาห์ และได้รับการตอบกลับของแบบสอบถามทั้งหมด (ร้อยละ 100)

3. ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนก่อนนำมาบันทึกลงโปรแกรมและทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติถดถอยลอจิสติกแบบทวี ทั้งการวิเคราะห์คร่าวละตัวแปร (Univariable logistic regression) และการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariable logistic regression) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เลขที่ 15/2566 วันที่อนุมัติ 20 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.36) อายุเฉลี่ย 37 ปี (SD= 7.42) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 72.84) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 72.84) เป็นบุคลากรสายวิชาชีพ (ด้านหน้า) (ร้อยละ 61.32) ประกอบด้วย 3 ลำดับแรก ได้แก่ พยาบาล (ร้อยละ 34.57) นักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 7.41) และผู้ช่วยพยาบาล (ร้อยละ 4.94) ตามลำดับ มีรายได้เป็นของตนเองโดยเฉลี่ย 26,400.16 บาท (SD= 18,533.59) ส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ (ร้อยละ 86.42) และมีอายุการทำงานเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้องที่พบมากที่สุด คือ อยู่ในช่วง 11 - 20 ปี (ร้อยละ 45.27) โดยเฉลี่ยมีอายุการทำงาน 12.11 ปี (SD= 7.47)
2. ความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละและช่วงความเชื่อมั่น ของระดับความเครียดในการปฏิบัติงาน (n=243)

ความเครียดจากการปฏิบัติงาน	คะแนนเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
สูง	3.80 - 5.00	89	36.63
ปานกลาง	2.40 - 3.79	149	61.31
ต่ำ	1.00 - 2.39	5	2.06

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดมากที่สุดในความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.31) รองลงมา คือ เครียดระดับสูง (ร้อยละ 36.63) และเครียดระดับต่ำ (ร้อยละ 2.06) ตามลำดับ

3. ภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละและช่วงความเชื่อมั่น ของระดับภาวะสุขภาพจิต (n=243)

ภาวะสุขภาพจิต	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
สูง (Severe)	9 - 12	5	2.06
ปานกลาง (Moderate)	5 - 8	16	6.58
ต่ำ (Mild)	0 - 4	222	91.36

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมภาวะสุขภาพจิตมากที่สุดในระดับต่ำ (ร้อยละ 91.36) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 6.58) และระดับสูง (ร้อยละ 2.06)

4. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะการปฏิบัติงาน ภาวะสุขภาพจิตกับความเครียด ในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=243)

ปัจจัย	ระดับความเครียด		Crude Odds Ratio	Adjusted Odds Ratio	95%CI	p-Value
	ต่ำ-ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)				
เพศ						
หญิง	124 (80.52)	64 (71.91)	Ref.			
ชาย	30 (19.48)	25 (28.09)	1.61	1.93	0.99-3.78	0.054
อายุ (ปี)						
41 ปีขึ้นไป	57 (37.00)	20 (22.50)	Ref.			
≤ 40 ปี	97 (63.00)	69 (77.50)	2.03	2.23	1.10-4.53	0.026*
สถานภาพ						
โสด	35 (22.73)	14 (15.73)	Ref.			
สมรส/คู่	107 (69.48)	70 (78.65)	1.64	2.17	1.03-4.58	0.043*
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	12 (7.79)	5 (5.62)	1.04	2.20	0.58-8.42	0.249
ระดับการศึกษา						
ต่ำกว่าปริญญาตรี	42 (27.27)	19 (21.35)	Ref.			
ปริญญาตรีขึ้นไป	112 (72.73)	70 (78.65)	1.38	1.24	0.56-2.73	0.595
สาขาอาชีพ						
บุคลากรสายสนับสนุนอื่น ๆ	64 (41.56)	30 (33.71)	Ref.			
บุคลากรสายวิชาชีพ (ด้านหน้า)	90 (58.44)	59 (66.29)	1.40	1.57	0.77-3.20	0.219
รายได้						
20,001 บาทขึ้นไป	83 (53.90)	47 (52.81)	Ref.			
≤ 20,000 บาท	71 (46.10)	42 (47.19)	1.04	1.51	0.67-3.43	0.320

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับความเครียด		Crude Odds Ratio	Adjusted Odds Ratio	95%CI	p-Value
	ต่ำ-	สูง				
	ปานกลาง					
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
โรคประจำตัว						
ไม่มี	130 (84.42)	80 (89.89)	Ref.			
มี	24 (15.58)	9 (10.11)	0.61	0.71	0.29-1.73	0.453
อายุการทำงาน						
≤ 10 ปี	61 (39.61)	34 (38.20)	Ref.			
11 ปีขึ้นไป	93 (60.39)	55 (61.80)	1.06	1.46	0.65-3.26	0.361
ภาวะสุขภาพจิต						
ปานกลาง-สูง	10 (6.49)	11 (12.36)	Ref.			
ต่ำ	144 (93.51)	78 (87.64)	2.03	2.26	0.88-5.79	0.089

จากตาราง 4 เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี และสถานภาพสมรส/คู่ โดยพบว่า อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีโอกาสที่จะมีความเครียดสูงในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป 2.23 เท่า (adj.OR= 2.23; 95%CI: 1.10 - 4.53) และสถานภาพสมรส/คู่ มีโอกาสที่จะมีความเครียดสูงในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพโสด 2.17 เท่า (95%CI: 1.03 - 4.58) ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ นั้นไม่พบ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ขนาดความสัมพันธ์ของหลายตัวแปรสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ในการดูแลบุคลากร เช่น บุคลากรที่เป็นเพศชาย มีโอกาสที่จะมีความเครียดสูงในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรที่เป็นเพศหญิง 1.93 เท่า (95%CI: 0.99 - 3.78) บุคลากรที่มีสถานภาพหย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่ มีโอกาสที่จะมีความเครียดสูงในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพโสด 2.20 เท่า (95%CI: 0.58 - 8.42) และบุคลากรสายวิชาชีพ (ด้านหน้า) มีโอกาสที่จะมีความเครียดสูงในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรสายสนับสนุนอื่น ๆ 1.57 เท่า (95%CI: 0.77 - 3.20)

อภิปรายผล

อายุ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีอายุน้อยส่วนใหญ่เพิ่งจบการศึกษามาใหม่มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานและต้องการที่จะใช้ความรู้ความสามารถที่เรียนมาปฏิบัติงานให้ดีที่สุด แต่เมื่อเจอกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ไม่สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ได้ การแก้ไขปัญหาที่น้อยกว่าบุคลากรที่มีอายุมาก ซึ่งบุคลากรที่มีอายุมากส่วนใหญ่มักมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน สามารถเข้าใจปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี โดยกลุ่ม

ตัวอย่างครั้งนี้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (ร้อยละ 68.31) และมีอายุ 41 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 31.69) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ซึ่งผลการศึกษาค้นพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Chantra (2017) ที่พบว่า อายุของบุคลากรโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด เนื่องจากพนักงานส่วนใหญ่เป็นบุคลากรที่มีอายุในช่วง 25 - 29 ปี และยังพบว่า พยาบาลที่มีอายุน้อยกว่ามีความเครียดในการปฏิบัติงานมากกว่าพยาบาลที่มามีอายุสูงกว่า ทั้งนี้อาจเนื่องจากบุคลากรที่มีอายุน้อย ยังไม่สามารถปรับตัวได้ดีเหมือนบุคลากรที่มีอายุมากกว่า นอกจากนี้ การศึกษาของ Chanaudomsuk & Thammakun (2022) ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะความเครียดในช่วงวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอปรางบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้าเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สาขาอาชีพ รายได้ โรคประจำตัวและอายุการทำงานแล้ว พบว่า อายุที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน ซึ่งบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี มีโอกาสที่จะมีความเครียดสูงในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรที่มีอายุ 41 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่วางไว้ อาจเนื่องจากสถานภาพสมรส/คู่ มีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัวมากกว่าสถานภาพโสด และมีความกังวลว่าจะนำการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปแพร่ให้กับบุคคลในครอบครัวที่บ้าน ทำให้ต้องใช้เวลาในการดูแลครอบครัวมากขึ้น พร้อมกับภาระงานในที่ทำงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้นด้วย นอกจากนี้บุคลากรที่มีสถานภาพโสดสามารถตอบสนองต่อบทบาทในการทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเต็มที่และสามารถปฏิบัติงานในเวลาวิกาลหรือวันหยุดได้ โดยไม่ต้องกังวลในการรับผิดชอบต่อบทบาทการเป็นสามีภรรยาหรือบทบาทพ่อแม่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 72.83) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 20.16) และสถานภาพหย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่ (ร้อยละ 7.01) ดังนั้น สถานภาพส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Ruengjamnian, Na Chiangmai, Tiamjan (2013) ที่พบว่า สถานภาพสมรสของบุคลากรหน่วยงานสนับสนุนโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ มีความสัมพันธ์กับความเครียด แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Vichianpradit, Yingratanasuk, & Lormpong (2013) ที่พบว่า สถานภาพสมรสของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาค้นคว้านี้ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสาขาอาชีพ รายได้ โรคประจำตัวและอายุการทำงาน แล้วพบว่าสถานภาพสมรส/คู่ มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน โดยพบว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรส/คู่ มีโอกาสที่จะมีความเครียดสูงในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพโสด และบุคลากรที่มีสถานภาพหย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่ มีโอกาสที่จะมีความเครียดสูงในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพโสด

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่วางไว้ อาจเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ลักษณะงานในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เป็นเพศชายและเพศหญิงไม่แตกต่างกัน นั่นคือ ทุกคนได้รับความเสี่ยงเท่ากันหมด ภาระงานของ

ทุกคนต้องดูแลผู้ป่วยเท่ากันหมด ไม่มีเพศใดถูกยกเว้นจากการปฏิบัติหน้าที่ในช่วงเวลาระบาดดังกล่าว โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.36) และเพศชาย (ร้อยละ 22.64) ดังนั้น เพศจึงไม่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tantivutekun, Meemon, Phukao, & Chitthama (2020) ที่พบว่า เพศของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การศึกษาของ Vichianpradit, Yingratanasuk, & Lormpong (2013) ที่พบว่า เพศของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยที่อยู่ในกำกับของรัฐไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Shin (2021) ที่พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงาน

ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่วางไว้ อาจเนื่องจากระดับการศึกษาไม่ได้แยกตำแหน่งหรือแผนกการปฏิบัติงานที่ต้องเผชิญกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกแผนกโดยเฉพาะบุคลากรสายวิชาชีพที่เป็นด้านหน้าต้องเผชิญผู้ป่วยเหมือนกัน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 74.90) และระดับต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 25.10) ดังนั้น ระดับการศึกษาจึงไม่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Prapasorn (2021) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของบุคลากรโรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ มีความเครียดในการปฏิบัติงานที่ไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sribenchamas, Samruayruen, Srijaroen, Krongdee, & Paengpran (2019) ที่พบว่า การศึกษาระดับปริญญาโทและการศึกษาระดับอนุปริญญาของบุคลากรโรงพยาบาลในจังหวัดพิษณุโลก ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน

สาขาอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่วางไว้ อาจเนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขทั้งสายวิชาชีพ (ด้านหน้า) และสายสนับสนุนอื่น ๆ มีโอกาสสัมผัสกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นที่ทำงานหรือที่บ้าน หรือส่งครอบครัว โดยประชากรที่ศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรสายวิชาชีพ (ด้านหน้า) (ร้อยละ 61.31) และบุคลากรสายสนับสนุนอื่น ๆ (ร้อยละ 38.68) ดังนั้นสาขาอาชีพส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sribenchamas, Samruayruen, Srijaroen, Krongdee, & Paengpran (2019) ที่พบว่า ตำแหน่งงานวิชาการสาธารณสุข ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาล จังหวัดพิษณุโลก สามารถอธิบายได้ว่า ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข มีการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังโรค การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งงานการจัดบริการสุขภาพ การสุศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้ภาระงานหรือความรับผิดชอบมีเพิ่มมากขึ้น แต่เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่มีคุณวุฒิในระดับปริญญาตรีส่งผลให้มีความรู้ ความสามารถ ในการบริหารจัดการได้ดี จึงเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานน้อยเมื่อเทียบกับตำแหน่งงานอื่น ๆ เช่น พนักงานเปล เจ้าหน้าที่การเงิน เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาคั้งนี้เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สาขาอาชีพ รายได้ โรคประจำตัวและอายุการปฏิบัติงานแล้ว พบว่า บุคลากรสายวิชาชีพ (ด้านหน้า) มีโอกาสที่จะมีความเครียดสูงในการปฏิบัติงานมากกว่าบุคลากรสายสนับสนุนอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Netirojjanakul (2020) ที่พบว่า ผู้ที่ปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมที่ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตรงมี

ความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการมีปัญหสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติงานโดยตรง ทั้งนี้ยังพบว่า ปัญหาทางสุขภาพจิต ในบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นด่านหน้า ในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นด่านหน้า ซึ่งเป็นสิ่งที่เข้าใจได้เนื่องจากการกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นด่านหน้า จำเป็นต้องติดต่อกับผู้ป่วยโดยตรงและอาจจะพบปัญหาอุปสรรคในการป้องกันตนเอง ไม่เพียงพอในเวลาใดก็ได้ ดังนั้นกลุ่มนี้อาจจะกังวลกับความปลอดภัยของตนเอง

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่วางไว้ อาจเนื่องจากผู้ที่มิรายได้ที่เพียงพอกับรายจ่าย ทำให้มีอำนาจในการซื้อเพิ่มขึ้นสามารถแสวงหาแหล่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพกายและจิตใจได้ ในขณะเดียวกัน ผู้ที่มีรายได้น้อย ส่วนใหญ่จะมีการประเมินตนเองตามกำลังทรัพย์ที่ตนเองมี ใช้ให้เพียงพอกับสถานะตนเอง ทำให้มีความสมดุลระหว่างรายได้กับรายจ่าย ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้มีรายได้ของตนเอง โดยเฉลี่ย 26,400 บาท/เดือน โดยประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้ 20,001 บาทต่อเดือนขึ้นไป (ร้อยละ 53.50) และมีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 46.50) ดังนั้น รายได้จึงไม่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tantivutekun, Meemon, Phukao, & Chitthama (2020) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล แตกต่างจากการศึกษาของ Chantra (2017) ที่พบว่า สถานะทางการเงินของบุคลากรโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด

โรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่วางไว้ อาจเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขมีความสามารถในการเรียนรู้การดูแลตนเองและสามารถเผชิญกับภาวะโรคได้ โดยประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่วินิจฉัยโดยแพทย์ (ร้อยละ 86.42) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 13.58) ประกอบกับประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อประสบโรคภัยไข้เจ็บสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันที ดังนั้นโรคประจำตัวจึงไม่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน แตกต่างจากผลการศึกษาของ Chanaudomsuk & Thammakun (2022) ที่พบว่า ปัญหาสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข อำเภอปรางบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีอิทธิพลต่อภาวะความเครียดในช่วงวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อายุการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่วางไว้ อาจเนื่องจากระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็นสิ่งแสดงถึงประสบการณ์การปฏิบัติงานก็จริง แต่ความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในงาน และการปรับตัวต่อความเครียดจากการปฏิบัติงานอาจไม่ได้อยู่ที่อายุการทำงานหรือประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน โดยประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีอายุการทำงาน 11 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 60.91) และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี (ร้อยละ 39.09) ดังนั้น อายุการทำงานจึงไม่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Netirojjanakul (2020) ที่พบว่า อายุงานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐม ในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Siangpror, Rawiworrakul, & Kaewboonchoo (2014) ที่พบว่า ประสบการณ์ทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง เขตภาคกลาง มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงาน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลเจาะไอร้องสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้ได้ เพื่อลดโอกาสในการเกิดความเครียดของบุคลากรในองค์กร ซึ่งการศึกษานี้บุคลากรส่วนใหญ่มีระดับความเครียดในระดับกลาง มีโอกาสที่บุคลากรจะมีความเครียดอีกครั้งจากการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ในอนาคตอันใกล้ โดยควรจัดกิจกรรมหรือโครงการเฉพาะสำหรับบุคลากรที่มีอายุน้อยและบุคลากรที่มีสถานภาพสมรส เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนการทำงานในช่วงที่มีโรคระบาดของบุคลากรที่มีอายุน้อย การเตรียมความพร้อมก่อนการแต่งงาน การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในคู่สมรส หรือการให้คำปรึกษาแก่บุคลากรที่มีอายุน้อยและบุคลากรที่มีสถานภาพสมรส โปรแกรมฝึกการจัดการความเครียดหรือการวางแผนชีวิต
2. ควรมีการรณรงค์ให้บุคลากรที่มีอายุน้อยตระหนักถึงการจัดการกับความเครียดตั้งแต่เนิ่น ๆ ผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่าย เช่น สื่อออนไลน์ แอปพลิเคชันต่าง ๆ หรือกิจกรรมผ่อนคลายในที่ทำงาน
3. ควรส่งเสริมระบบสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เช่น การบริหารความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อน เครือข่ายชุมชน การให้คำปรึกษาคู่สมรส ครอบครัว สำหรับกลุ่มบุคลากรที่มีอายุน้อยและสถานภาพสมรส ในช่วงที่มีความเปราะบางทางด้านจิตใจ
4. ควรมีการสร้างระบบเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในที่ทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มบุคลากรที่มีอายุน้อยและผู้มีภาระครอบครัว เพื่อคัดกรองความเครียดแต่เนิ่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มช่วงอายุต่าง ๆ อย่างละเอียด โดยเฉพาะบุคลากรที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดกับกลุ่มวัยอื่น ๆ อย่างชัดเจน
2. ควรแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสถานภาพสมรสให้หลากหลาย เช่น โสด แต่งงาน หย่าร้าง แยกกันอยู่หรืออยู่ด้วยกันโดยไม่สมรส เพื่อให้เข้าใจความหลากหลายของบริบทที่ส่งผลต่อความเครียด
3. ควรใช้เครื่องมือวัดความเครียดที่สอดคล้องกับช่วงวัยและบริบททางสังคม เช่น แบบสอบถามที่ปรับให้เหมาะกับวัยทำงานของบุคลากรที่มีอายุน้อย ซึ่งอาจมีปัจจัยกระตุ้นความเครียดต่างจากวัยอื่น ๆ
4. ควรศึกษาปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อความเครียดของบุคลากรที่มีอายุน้อยและสถานภาพสมรส เช่น ความมั่นคงทางอาชีพ ภาระหนี้สิน ความคาดหวังจากครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา แรงกดดันจากการใช้สื่อสังคม รูปแบบการเผชิญความเครียดหรือการจัดการกับความเครียด เป็นต้น

Reference

- Chanaudomsuk, S. & Thammakun, T. (2022). *Stress conditions during Covid-19 crisis of health personnel in Pran Buri district, Prachuab Khiri Khan province*. Ubonratchathani: Office of Disease Prevention and Control Region 10. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Department of Mental Health. (2019). *Covid-19 pandemic*. Retrieved February 26, 2023 from <https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18>. (in Thai)

- 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(2), 175-191.
- Chantra, N., Wongwattana, S., Sino, N., Pilasaeng, N., Sadakorn, M., Srithep, K., et al. (2019). Factors related to stress level among hospital personnel in governmental hospital in Samut Prakan. *Proceedings of 57th Kasetsart University Annual Conference: Education, Economics and Business Administration, Humanities and Social Sciences*. Kasetsart University, Bangkok. (in Thai)
- Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences*, 1(1), 9-14.
- Netirojjanakul, W. (2020). Prevalence and associated factors of mental health problems on healthcare workers at Nakhonpathom Hospital in Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic era. *Medical Journal 4-5*, 39(4), 616-627. (in Thai)
- NilChaikovit, T., Sukying, C., & Silpakit, S. (2002). Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatrist Association of Thailand*, 41(1), 18-30.
- Prapasorn, J. (2021). *Stress and factors associated with operational stress of Khaen Dong Hospital personnel*. Buriram: Health promotion center 9. (in Thai)
- Psychology Department, Cho ai-rong Hospital. (2022). *Data of psychology*. Narathiwat Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Ruengjamnian, P., Na Chiangmai, N., Tiamjan, R. (2013). Factors related to stress of supporting staff in Chiangmai Neurological Hospital. *Phikanate Journal*, 9(2), 97-110. (in Thai)
- Shin, S., Kim, Y., Ryoo, H., Moon, S., Lee, S., Moon, Y., et al. (2021). Comparison of Covid-19 pandemic-related stress among frontline medical personnel in Daegu City, Korea. *Medicina*, 57(6), 583.
- Siangpror, P., Rawiworakul, T., & Kaewboonchoo, O. (2014). Factors correlated to job stress among nurses in specialised cancer hospital, central region of Thailand. *Journal of health science research*, 8(1), 17-27. (in Thai)
- Sribenchamas, N., Samruayruen, K., Srijaroen, W., Krongdee, N., & Paengpran, S. (2019). Factors predicting to job stress among hospital personnel. *EAU Heritage Journal Social Science and Humanities*, 9(3), 194-201. (in Thai)
- Talek, M. (2020). *A survey of public opinions on the coronavirus situation at the three southernmost provinces*. Center for conflict studies and cultural diversity (CSCD), Institute for peace studies. Songkhla: Prince of Songkhla University. (in Thai)

- Tantivutekun, S., Meemon, N., Phukao, D., & Chitthama, P. (2020). *Association between psychosocial work environment and job stress among non-medical staff in a hospital.* (Research and Development Journal). Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University. (in Thai)
- Vichianpradit, K., Yingratanasuk, T., & Lormpong, S. (2013, May 17). Factors related to occupational stress among restered nurses in Autonomous University Hospital. In *The 2nd National Graduate Conference*. Burapha University, Chonburi. (in Thai)

การประเมินสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช
An Evaluation of the Competencies of Public Health Personnel in Subdistrict
Health Promoting Hospitals Transferred to the Provincial Administrative
Organization, Nakhon Si Thammarat Province

เบญจวรรณ จันตระ¹, วรพจน์ พรหมสัตยพรต^{2*} และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์²
Benjawan Jantara¹, Vorapoj Promasatayaprot^{2*} and Surasak Thiabritthi²

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม,

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

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

²Faculty of Public Health, Mahasarakham University

(Received: January 20, 2025, Revised: June 22, 2025, Accepted: July 1, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา ประเมินความต้องการ และศึกษาความสอดคล้องของสมรรถนะในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในอำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 36 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - ธันวาคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า คุณลักษณะที่พึงประสงค์ ตามบทบาทการปฏิบัติงานสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณลักษณะของ กพ. ในระดับสูงสุด ขณะที่สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานก็ปฏิบัติตามมาตรฐานของ กพ. ได้แก่ จรรยาบรรณวิชาชีพ, การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ, การบริการที่ดีและการทำงานเป็นทีม โดยอยู่ในระดับสูงสุดตามลำดับ สำหรับตำแหน่งผู้อำนวยการ รพ.สต. ควรได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์, การประสานงาน, การวางแผน, ภาวะผู้นำและการทำงานเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ, พยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาสมรรถนะด้านมาตรฐานการพยาบาล, จริยธรรม และจรรยาวิชาชีพ พร้อมเปิดโอกาสให้มีอิสระในการพัฒนาวิชาชีพ, นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขควรได้รับการเสริมสร้างทักษะด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการใช้ข้อมูลในการวางแผนทางสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขควรเพิ่มขีดความสามารถด้านการบริหารจัดการและงานวิชาการสำหรับเจ้าพนักงานธุรการ ควรพัฒนาสมรรถนะด้านความเข้าใจองค์กรและระบบงาน การให้บริการที่เป็นมิตรและการทำงานเป็นทีม เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ และเจ้าพนักงานการเงินและบัญชีควรได้รับการพัฒนาในด้านความซื่อสัตย์สุจริต, จริยธรรมในวิชาชีพและการปฏิบัติงานที่ถูกต้องตามระเบียบข้อบังคับ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ เน้นให้มีการส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรแต่ละกลุ่มอย่างเหมาะสมผ่านการอบรม การพัฒนาเชิงปฏิบัติ และการสนับสนุนการทำงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: สมรรถนะหลัก, สมรรถนะที่พึงประสงค์, ถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ben089@hotmail.com)

Abstract

This evaluation study aimed to analyze the situation, assess the needs, and investigate the congruence of competencies in the performance of public health personnel working in Subdistrict Health Promoting Hospitals (SHPHs) in a district of Nakhon Si Thammarat Province, whose responsibilities had been transferred to the Nakhon Si Thammarat Provincial Administrative Organization. The sample consisted of 36 public health personnel from SHPHs transferred to the Provincial Administrative Organization. Data were collected between June and December 2024. The research instruments included questionnaires, interviews, and focus group discussions, all of which were validated by three experts. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics.

The study revealed that the desirable characteristics required for job performance were consistent with the Civil Service Commission's (OCSC) competency framework at the highest level. Similarly, the core competencies in job performance also aligned with the OCSC standards, which include professional ethics, accumulation of professional expertise, service excellence, and teamwork—all rated at the highest level, respectively. For the position of Director of the SHPH, competencies in human resource management, coordination, planning, leadership, and proactive community engagement should be further developed to enhance organizational management effectiveness. Professional nurses should strengthen competencies in nursing standards, ethics, and professional conduct, while being provided opportunities for professional autonomy and development. Public health academics and public health officers should be empowered with skills in personnel capacity building and the utilization of data for public health planning. Dental public health officers should improve competencies in management and academic work. Administrative officers should focus on developing competencies in organizational understanding, system operations, friendly service, and teamwork to effectively support organizational functions. Finally, finance and accounting officers should be developed in the areas of integrity, professional ethics, and compliance with regulations and procedures.

Based on the findings, it is recommended to promote the competency development of each group of personnel through appropriate training, practical development, and work support. Such efforts will enhance management efficiency and improve the quality of public health services, enabling them to effectively respond to the needs of the population.

Keywords: Core Competencies, Desirable Competencies, Transfer of Subdistrict Health Promoting Hospitals

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary health care) เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะบริการที่ให้โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านหน้าในระดับพื้นที่ ทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาเบื้องต้น และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งยังเป็นหน่วยงานที่เชื่อมโยงกับชุมชนในด้านสุขภาพอย่างใกล้ชิด Health Systems Research Institute (2019) ภายหลังการประกาศใช้พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มีการกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขจากกระทรวง

สาธารณสุขไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งเริ่มดำเนินการอย่างจริงจังในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 โดยมีหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวนมากถ่ายโอนไปยัง อบจ. รวมถึง รพ.สต. (Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee, 2021) การถ่ายโอนภารกิจครั้งนี้ ส่งผลต่อบทบาท ภาระงาน และโครงสร้างการบริหารจัดการของบุคลากรใน รพ.สต. อย่างมีนัยสำคัญ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีสมรรถนะที่เหมาะสมต่อบทบาทหน้าที่ใหม่เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนภารกิจภายใต้บริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ Health Systems Research Institute (2024) ซึ่งคำว่า “สมรรถนะ” (Competency) ในบริบทของงานด้านสาธารณสุขหมายถึง ความสามารถที่รวมถึงความรู้ ทักษะ เจตคติ และคุณลักษณะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร (Boyatzis, 1982) สมรรถนะที่พึงประสงค์ของบุคลากรใน รพ.สต. จึงควรครอบคลุมทั้งสมรรถนะหลัก (Core competency), สมรรถนะเฉพาะสายงาน (Functional competency) และสมรรถนะเชิงพฤติกรรม (Behavioral competency) ซึ่งต้องสอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงานใหม่หลังการถ่ายโอน

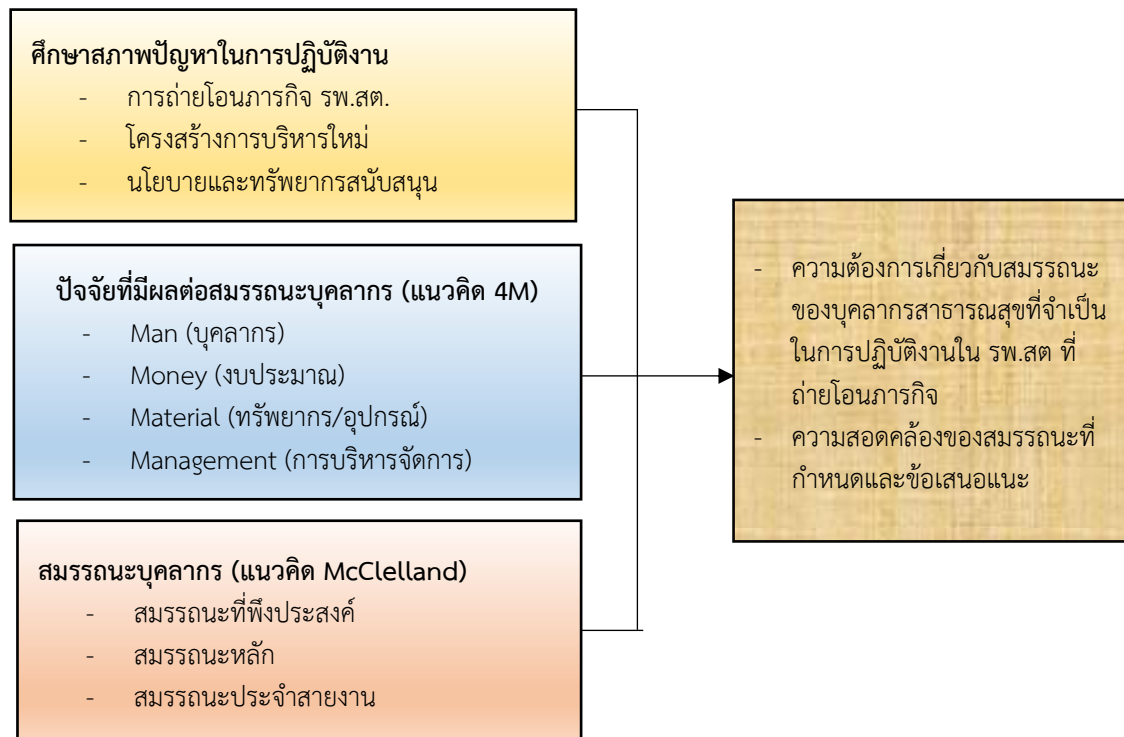
อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับความพร้อมของบุคลากรใน รพ.สต. ต่อการปรับเปลี่ยนครั้งนี้ เช่น ความไม่ชัดเจนของบทบาทภารกิจ การปรับตัวของบุคลากร และการสนับสนุนจากองค์กรใหม่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ การประเมินสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขภายหลังการถ่ายโอนภารกิจจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสะท้อนศักยภาพที่แท้จริงของบุคลากร ปัญหาอุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอย่างยั่งยืน จากเหตุดังกล่าวข้างต้น หากได้ศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอร่อนพิบูลย์ ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้แนวคิดด้านการกำหนดสมรรถนะที่จำเป็นระบบการจัดการทรัพยากรด้านบุคลากรตั้งแต่การสรรหาให้เหมาะสมกับงาน และพัฒนาความรู้เพื่อให้เกิดคุณภาพและมาตรฐานการปฏิบัติงาน และการประเมิน โดยใช้เกณฑ์ประเมินสมรรถนะหลักและสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอร่อนพิบูลย์ ที่ถ่ายโอนภารกิจให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแห่งหนึ่ง ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อประเมินความต้องการด้านสมรรถนะที่จำเป็นของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแห่งหนึ่ง ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ
3. เพื่อศึกษาความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะที่กำหนดกับผลการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอร่อนพิบูลย์ ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้มีแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องข้างต้น ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบการวิจัยตามแนวคิดของ McClelland (1973) ที่มุ่งเน้นสมรรถนะหลัก สมรรถนะที่พึงประสงค์ และสมรรถนะประจำสายงานควบคู่กับแนวคิด 4M ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะและการบริหาร โดยการออกแบบการวิจัยแบบ Mixed methods ช่วยให้ได้ข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบทการบริหารงานสาธารณสุขระดับท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังกรอบแนวคิดแผนภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแห่งหนึ่งที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแห่งหนึ่งที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ในการสัมภาษณ์และศึกษาสมรรถนะ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 7 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุขจำนวน 12 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจำนวน 1 คน เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี จำนวน 4 คน และเจ้าพนักงานธุรการ จำนวน 6 คน รวมทั้งสิ้น 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured interview) เป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open-ended) ประกอบ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับโครงสร้างภายในบทบาทหน้าที่/ภาระงานหลักและ ภาระงานบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับองค์กรที่เป็นเลิศด้านสมรรถนะการทำงาน การจ้างงานและความก้าวหน้าในหน้าที่งาน ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากร การเรียนรู้ของบุคลากร การสร้างแรงจูงใจ การพัฒนาความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน

2. แบบสอบถามการประเมินความต้องการการพัฒนาสมรรถนะสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อายุงาน และที่อยู่ปัจจุบัน เป็นคำถามแบบเลือกคำตอบ

ตอนที่ 2 ประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณลักษณะที่ กพ. แบ่งเป็นรายด้าน 5 ด้าน คือ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี การสร้างความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ และด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ระดับการวัดของ Likert (1932) ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยแปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

4.21 - 5.00 หมายถึง เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องมากที่สุด

3.41 - 4.20 หมายถึง เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องมาก

2.61 - 3.40 หมายถึง เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องปานกลาง

1.81 - 2.60 หมายถึง เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อย

1.00 - 1.80 หมายถึง เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะบุคลากรสาธารณสุขที่พึงประสงค์ตามบทบาทการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน 4 ด้านที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณลักษณะที่ กพ. แบ่งเป็นรายด้าน 4 ด้าน คือ ด้านการวางแผน ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการประสานงาน และด้านการปฏิบัติตามบทบาท โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ระดับการวัดของ Likert (1932) ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด แปลผลค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

3.26 - 4.00 หมายถึง เป็นการปฏิบัติ ที่ถูกต้องมากที่สุด

2.51 - 3.25 หมายถึง เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องมาก

1.76 - 2.50 หมายถึง เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อย

1.00 - 1.75 หมายถึง เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้องน้อยที่สุด

ตอนที่ 4 แบบสอบถามสมรรถนะตามสายงาน โดยกำหนดสมรรถนะประจำกลุ่มงานจากแบบสอบถามที่ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเขียนบทบาทการปฏิบัติงานจริงของตนเองจากงานประจำที่ปฏิบัติอยู่ และเลือกสมรรถนะประจำกลุ่มงานที่เหมาะสมกับงานของตนเองมาใช้ในการกำหนดสมรรถนะประจำกลุ่มงาน

ตอนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามประเมินสมรรถนะสำหรับบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าดัชนี CVI เท่ากับ 0.85 และนำไปทดลองใช้กับพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การหาค่าความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's Alpha (α) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สทนากลุ่มและการสังเกต (Observation) ประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอรอนพิบูลย์ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 4 - 6 คน หรือเก็บจนกว่าข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) โดยการนัดหมายไว้ล่วงหน้าคำนึงถึงความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก ใช้เวลาโดยประมาณ 30 - 60 นาทีต่อครั้ง โดยผู้วิจัยดำเนินการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ระหว่างการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของโครงการ ในขณะทำกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ ของโครงการวิจัย วิธีบันทึกข้อมูลคือ การจดบันทึก บันทึกเทป และบันทึกภาพ

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามดำเนินการโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งพัฒนาขึ้นจากประเด็นที่ได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเบื้องต้น และข้อมูลจากเอกสาร/งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดเกี่ยวกับสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ภายใต้ แนวทางการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Inductive approach) โดยมุ่งเน้นการอธิบาย ตีความ และสังเคราะห์ข้อมูล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อระบุประเด็นสำคัญ แยกแยะหมวดหมู่ และสร้างข้อสรุปที่สะท้อนมุมมองและ ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทางประชากร และการประเมินความต้องการและความสอดคล้องเกี่ยวกับ สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขที่จำเป็นในที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอ ร่อนพิบูลย์ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับอนุมัติใบรับรองเลขที่ 458-447/2567 ลงวันที่ 25 กรกฎาคม 2567 และการเก็บข้อมูลได้ผ่านความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการปกป้องตามกฎหมาย มาตรฐานสากล

ผลการวิจัย

1. ผลศึกษาสภาพปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแห่งหนึ่ง ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช

1.1 ลักษณะทางประชากร พบว่า เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 94.44 มีอายุระหว่าง 41 - 50 ปี คิดเป็น ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว ร้อยละ 44.44 ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข/ เจ้าพนักงานสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 33.33 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 88.89 เคยผ่านการอบรม ร้อยละ 52.78 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.90

1.2 สภาพปัญหาในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแห่งหนึ่ง ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช สิ่งที่ผลการ ประเมินสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอร่อนพิบูลย์ที่ถ่ายโอน ภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช คือ เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่อาจส่งผลต่อ การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในหลายมิติ ทั้งในด้านนโยบาย ระบบการทำงาน และการสนับสนุน เชิงปฏิบัติ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคสำคัญสามารถแบ่งได้ สามารถนำมาสรุปความคิดเห็นตามแนวคิด 4M ได้ดังนี้

1.2.1 ด้านบุคลากร พบว่า อัตรากำลังเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพ คือ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข และสายสนับสนุน คือ ตำแหน่งเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี เจ้าหน้าที่ธุรการ เพิ่มขึ้น โอกาสพัฒนาและ ความก้าวหน้าทางวิชาชีพเพิ่มมากขึ้น ในส่วนของบุคลากรอาจขาดความเข้าใจในบทบาทใหม่หลังการถ่ายโอน ภารกิจ ซึ่งส่งต่อการปรับตัวและการพัฒนาสมรรถนะที่เหมาะสม

“...เปรียบเทียบกับเราถ่ายโอนนี้มีโอกาสที่จะก้าวหน้ามากกว่าเพราะว่าความก้าวหน้าทางวิชาชีพ นั้นเราถ่ายโอนมีโอกาสมากกว่าเพราะตำแหน่งใครตำแหน่งมันเราสามารถขึ้นได้โดยตรง...อัตรากำลังเจ้าหน้าที่ไป

อยู่ท้องถิ่นบุคลากรเราเพิ่มขึ้นเพราะว่าเค้าพยายามใส่ให้เต็มกรอบ...” (ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 1, วันที่ 19 สิงหาคม 2567: การแสดงความคิดเห็น)

1.2.2 ด้านเครื่องมือ วัสดุ และอุปกรณ์ พบว่า ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อสนับสนุนการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่

“...ได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย และ อบจ.ให้ความสำคัญ คำนึงถึงสิ่งที่ประชาชนในพื้นที่ได้รับและทำเพื่อประโยชน์ของประชาชน และส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ของตน...” (ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 1, วันที่ 19 สิงหาคม 2567: การแสดงความคิดเห็น)

1.2.3 ด้านงบประมาณ พบว่า ได้รับการจัดสรรงบประมาณมากขึ้น แต่มีความล่าช้า เนื่องจากกระบวนการบริหารงบประมาณของ อบจ. อาจแตกต่างจากกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการสนับสนุน การบริหารจัดการในระดับท้องถิ่น การบริหารจัดการของ อบจ. อาจขาดประสิทธิภาพในการดูแลระบบสุขภาพชุมชน โดยงบประมาณแตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

“...หลังการถ่ายโอนเรามี มากกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขเพราะกระทรวงสาธารณสุขเนี่ยงบประมาณจะอยู่ที่แม่ข่าย ทีนี้จะอยู่ที่แม่ข่ายจะ ให้หรือไม่ให้ แต่ว่าไปอยู่ที่ท้องถิ่นนี้ตามภารกิจถ่ายโอนมันโดยตรง หนึ่งโอนตามที่ฟิกรอส ตาม SMLแต่อาจมีความล่าช้า...” (ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 1, วันที่ 19 สิงหาคม 2567: การแสดงความคิดเห็น)

1.2.4 ด้านการบริหารจัดการ พบว่า ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างและนโยบาย ความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่และความคาดหวัง ภารกิจหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง การแบ่งงานตามตัวชี้วัดและภาระงานแบ่งตามตำแหน่งที่รับผิดชอบ และการบริหารจัดการภายหลังการถ่ายโอนภารกิจไม่ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่และภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน

“... ก็ไม่กระทบไร งานก็เหมือนเดิม...” (ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 2, วันที่ 20 สิงหาคม 2567: การแสดงความคิดเห็น)

“...ส่วนของภาระงานก็เหมือนเดิม ที่เพิ่มก็คือ การประชุมต่างๆ เพราะการถ่ายโอนเราอยู่กระทรวงมหาดไทย เราก็ต้องเข้าร่วมประชุมอาจจะเป็นเรื่องที่ไม่เกี่ยวกับสาขโดยตรง จะเป็นของการประชุมต่างๆ ที่ต้องเข้าร่วม ก็เป็นผลดีได้เรียนรู้ในส่วนที่เราไม่เคยรู้ เค้าเรียกหน่วยงานภายนอกเรามีความรู้เพิ่มขึ้นจากการประชุม นอกจากที่เราประชุมในเครือข่าย แม่ข่าย ก็เป็นผลดีในส่วนตรงนี้...” (ผู้เข้าร่วมประชุมรับฟังความคิดเห็น คนที่ 10, วันที่ 22 สิงหาคม 2567: การแสดงความคิดเห็น)

2. ผลการประเมินความต้องการเกี่ยวกับสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขที่จำเป็นที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอแห่งหนึ่งที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผลการประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณลักษณะที่ กพ. พบว่า ผู้ปฏิบัติงานใน รพ.สต. มีผลการประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงาน พบว่า ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.73, S.D.= 0.08) ด้านการทำงานเป็นทีม ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.41, S.D.= 0.45) ด้านการบริการที่ดี ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.40, S.D.= 0.47) ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในอาชีพ ภาพรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด (M= 4.21, S.D.= 0.53) และด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.08, S.D.= 0.33) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณลักษณะที่ กพ.

สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต	M	S.D.	ระดับ
ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพ	4.73	0.08	มากที่สุด
ด้านการทำงานเป็นทีม	4.41	0.45	มากที่สุด

ตาราง 1 (ต่อ)

สมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต	M	S.D.	ระดับ
ด้านการบริการที่ดี	4.40	0.47	มากที่สุด
ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในวิชาชีพ	4.21	0.53	มากที่สุด
ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์	4.08	0.33	มาก

3. ผลความสอดคล้องของสมรรถนะที่กำหนดโดยผลการปฏิบัติงานจริงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแห่งหนึ่งที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช นำมาวิเคราะห์สมรรถนะตามสายงานที่จำเป็นในการปฏิบัติงานแต่ละตำแหน่ง ได้ดังนี้

3.1 ผู้อำนวยการ รพ.สต. ส่วนใหญ่มีสมรรถนะที่ตรงกับภารกิจหลักในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการควบคุม กำกับ และการให้บริการผู้ป่วยขั้นต้น ซึ่งสะท้อนจากพื้นฐานวิชาชีพเดิมเป็นพยาบาล ทั้งนี้ บทบาทด้านการบริหารเชิงนโยบายและบุคลากร ยังต้องการการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะงานจริงในสถานการณ์ปัจจุบัน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะที่จำเป็นกับการปฏิบัติงานจริงของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ลักษณะงาน	สมรรถนะที่จำเป็นที่สอดคล้อง	ความสอดคล้อง (ร้อยละ)
การติดตามงานบุคลากร	มุ่งผลสัมฤทธิ์, เชี่ยวชาญในวิชาชีพ, ทำงานร่วมกัน	100.00
การบริการรักษาพยาบาล/ตรวจโรคทั่วไป	มุ่งผลสัมฤทธิ์, เชี่ยวชาญในวิชาชีพ, จริยธรรม, บริการดี	100.00
งานอนามัยแม่และเด็ก/โรคเรื้อรัง	การดูแลต่อเนื่อง, บริการดี, ความร่วมแรงร่วมใจ	71.43
การกำหนดนโยบายและอำนาจหน้าที่	การคิดเชิงกลยุทธ์, การบริหาร, ความเข้าใจผู้อื่น, ควบคุมตนเอง	28.57
การบริหารงานบุคคล	จริยธรรม, ความเข้าใจผู้อื่น, การควบคุมตนเอง	28.57

3.2 พยาบาลวิชาชีพมีสมรรถนะที่จำเป็นสอดคล้องกับลักษณะงานจริงในระดับสูงมาก โดยเฉพาะในงานบริการเชิงเทคนิคและการดูแลรักษาขั้นต้น สะท้อนถึงประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมทั้งเชิงวิชาชีพและมนุษยสัมพันธ์ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะที่จำเป็นกับการปฏิบัติงานจริงของพยาบาลวิชาชีพ

ลักษณะงาน/บทบาท	สมรรถนะที่สอดคล้อง	ความสอดคล้อง (ร้อยละ)
งานบริการปฐมภูมิ/หัตถการ/รักษาเบื้องต้น	มุ่งผลสัมฤทธิ์, เชี่ยวชาญในงาน, คิดวิเคราะห์, ความถูกต้อง, ดำเนินงานเชิงรุก, ยึดหยุ่นผ่อนปรน	100.00
งานผดุงครรภ์/แม่และเด็ก/ควบคุมการติดเชื้อ	เชี่ยวชาญในงาน, ความถูกต้อง, การบริการดี, ใส่ใจคุณภาพ, ความยืดหยุ่น	100.00
คลินิกเฉพาะทาง (EPI/NCD ฯลฯ)	การบริการที่ดี, เข้าใจผู้อื่น, ความมั่นใจในตนเอง	83.34

3.3 นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.นครศรีธรรมราช มีสมรรถนะทั้งเชิงวิชาชีพและทักษะมนุษยสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับลักษณะงานจริงในระดับสูง โดยเฉพาะบทบาทหลักด้านควบคุมโรค แผนงาน และงานบริการปฐมภูมิ ขณะที่สมรรถนะเชิงระบบบางด้านยังมีโอกาสพัฒนาเพิ่มเติม ดังตาราง 4

ตาราง 4 ความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะที่จำเป็นกับการปฏิบัติงานจริงของนักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข

ลักษณะงาน/บทบาท	สมรรถนะที่สอดคล้อง	ความสอดคล้อง (ร้อยละ)
ควบคุมโรคติดต่อ	เชี่ยวชาญในวิชาชีพ, คิควิเคราะห์, มุ่งผลสัมฤทธิ์, จริยธรรม, ร่วมแรงร่วมใจ, ความถูกต้องของงาน	100.00
งานอนามัยโรงเรียน	คิควิเคราะห์, มุ่งผลสัมฤทธิ์, ร่วมแรงร่วมใจ, จริยธรรม	91.67 – 100.00
งานคุ้มครองผู้บริโภค	มุ่งผลสัมฤทธิ์, ร่วมแรงร่วมใจ, เชี่ยวชาญ, บริการดี, ความถูกต้องของงาน, จริยธรรม	91.67 – 100.00
แผนงาน / โครงการ	มุ่งผลสัมฤทธิ์, ร่วมแรงร่วมใจ, เชี่ยวชาญ, คิควิเคราะห์, บริการดี, ความถูกต้องของงาน	83.34 – 100.00
คัดกรองตามกลุ่มวัย	มุ่งผลสัมฤทธิ์, เชี่ยวชาญ, บริการดี, จริยธรรม, คิควิเคราะห์	91.67
สมรรถนะรอง: คัดกรองกลุ่มวัย	มององค์รวม, พัฒนาศักยภาพคน	66.67 – 83.34

3.4 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขมีความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะที่จำเป็นกับงานที่ปฏิบัติจริงอย่างชัดเจนในทุกด้าน โดยเฉพาะสมรรถนะหลักทั้งด้านเทคนิค จริยธรรม และทักษะการบริการ ซึ่งสะท้อนถึงความพร้อมในการให้บริการทันตสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย ดังตาราง 5

ตาราง 5 ความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะที่จำเป็นกับการปฏิบัติงานจริงของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

สมรรถนะที่จำเป็นสอดคล้องกับสมรรถนะที่ปฏิบัติงานจริง	ความสอดคล้อง (ร้อยละ)
มุ่งผลสัมฤทธิ์ การให้บริการที่ดี ส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ จริยธรรม ความเข้าใจผู้อื่น ความถูกต้องของงาน ความมั่นใจในตนเอง การควบคุมตนเอง	100.00

3.5 เจ้าพนักงานธุรการมีความสอดคล้องของสมรรถนะกับภารกิจหลักในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความถูกต้องของงาน การคิควิเคราะห์ และการมุ่งผลสัมฤทธิ์ แม้ในงานที่นอกเหนือจากสายงาน ก็สามารถปรับใช้สมรรถนะสำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนถึงความสามารถในการปฏิบัติงานที่หลากหลายและคล่องตัว ดังตาราง 6

ตาราง 6 ความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะที่จำเป็นกับการปฏิบัติงานจริงของเจ้าพนักงานธุรการ

ลักษณะงาน/บทบาท	สมรรถนะที่สอดคล้อง	ความสอดคล้อง (ร้อยละ)
เวชระเบียน	ความถูกต้องของงาน	100.00
งานอื่นที่ได้รับมอบหมาย	มุ่งผลสัมฤทธิ์, เชี่ยวชาญ, ความถูกต้อง	100.00
คีย์ข้อมูล	มุ่งผลสัมฤทธิ์, คิควิเคราะห์, ความถูกต้อง	83.34
งานสารบรรณ/พัสดุ	มุ่งผลสัมฤทธิ์, บริการดี, เชี่ยวชาญ, จริยธรรม, คิควิเคราะห์, เข้าใจผู้อื่น, ความถูกต้อง, มั่นใจ, ยืดหยุ่น, ควบคุมตนเอง	83.34%

3.6 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีมีสมรรถนะที่จำเป็นสอดคล้องกับภารกิจในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการเงิน บัญชี และงานสนับสนุนอื่น ๆ ในระดับ ร้อยละ 100 ทุกภารกิจ ดังตาราง 7

ตาราง 7 ความสอดคล้องระหว่างสมรรถนะที่จำเป็นกับการปฏิบัติงานจริงของเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

ลักษณะงาน/บทบาท	สมรรถนะที่สอดคล้อง	ความสอดคล้อง (ร้อยละ)
การเงินและบัญชี	มุ่งผลสัมฤทธิ์, บริการดี, เชี่ยวชาญ, จริยธรรม, คิดวิเคราะห์, เข้าใจผู้อื่น, ความถูกต้อง, มั่นใจ, ยืดหยุ่น, ควบคุมตนเอง	100.00
ครุภัณฑ์/พัสดุ	สมรรถนะเช่นเดียวกับงานหลัก	100.00
คีย์ข้อมูล	มุ่งผลสัมฤทธิ์, คิดวิเคราะห์, ความถูกต้อง	100.00

อภิปรายผล

การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างจากการถ่ายโอนภารกิจด้านสุขภาพไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดหรือ อบจ. ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในหลายมิติ ทั้งด้านนโยบาย ระบบการทำงาน และการสนับสนุนเชิงปฏิบัติ โดยสามารถจำแนกประเด็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญตามแนวคิด 4M ได้ดังนี้

1. ด้านบุคลากร (Man) แม้จำนวนบุคลากรทั้งสายวิชาชีพและสายสนับสนุนจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดตามขนาดของ รพ.สต. (S, M, L) ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางวิชาชีพและภาระงานที่ไม่สมดุล โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีขนาดใหญ่หรือมีปริมาณประชากรสูง ปัญหานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Ratsiri (2024) ที่ชี้ให้เห็นว่า การขาดแคลนบุคลากรและการสรรหาที่ไม่เป็นไปตามแผนอัตรากำลังยังคงเป็นปัญหาเรื้อรัง ขณะเดียวกัน โครงสร้างการบริหารทรัพยากรบุคคลภายใน อบจ. ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอ ทำให้การจัดการในระยะเปลี่ยนผ่านล่าช้า และไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ได้อย่างทันทั่วทั้ง

2. ด้านเครื่องมือ วัสดุ และงบประมาณ (Machine & Money) รพ.สต. ที่อยู่ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจได้รับการสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ข่าย พร้อมทั้งได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจาก อบจ. การจัดสรรงบประมาณมีลักษณะยืดหยุ่นมากขึ้น โดยพิจารณาตามขนาดของ รพ.สต. และปัญหาในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Muangmoon (2024) ที่พบว่า รพ.สต. ภายใต้การบริหารของ อบจ. ได้รับงบประมาณรวดเร็วกว่าเดิม และสามารถจัดสรรให้ตรงกับสภาพปัญหาโดยไม่ต้องยัดติดกับตัวชี้วัดจากหน่วยงานส่วนกลาง นอกจากนี้ รพ.สต. ยังสามารถจ้างบุคลากรเพิ่มเติมโดยตรงภายใต้กรอบกฎหมาย ทำให้การบริหารทรัพยากรบุคคลมีความคล่องตัวและตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

3. ด้านการบริหารจัดการ (Management) แม้ว่าภารกิจหลักของ รพ.สต. จะยังคงเดิม ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่พบว่ารูปแบบการทำงานเริ่มมีการปรับตัว โดยเฉพาะในส่วนของการวางแผนงานและกิจกรรมที่สามารถสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การแบ่งงานภายในยังคงยึดตามตัวชี้วัดและความรับผิดชอบเฉพาะตำแหน่ง ส่งผลให้บทบาทและภาระงานของบุคลากรไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญจากเดิม การศึกษาของ Muangmoon (2024) ระบุว่า รพ.สต. ยังคงปฏิบัติตามภารกิจตามเดิม แต่อาศัยการปรับแผนงานสุขภาพให้ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องยึดตามนโยบายจากส่วนกลางทั้งหมด

การประเมินสมรรถนะหลักในการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า สมรรถนะหลักที่มีความสอดคล้องกับกรอบมาตรฐานคุณลักษณะของสำนักงาน ก.พ. ในระดับสูง ได้แก่ ด้านจรรยาบรรณในวิชาชีพ ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญ

ในงานอาชีพ ด้านการให้บริการที่ดี และด้านการทำงานเป็นทีม ในทางกลับกัน สมรรถนะที่ยังมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ และควรได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ โดยเฉพาะในมิติของ ความเสียสละและความทุ่มเทในการปฏิบัติงาน ซึ่งยังแสดงระดับพฤติกรรมต่ำกว่าสมรรถนะอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Suwansit, & Jadesadalug (2015) ที่พบว่าสมรรถนะหลักของบุคลากรสำนักงานประกันสังคมที่มีค่าเฉลี่ยสูง ได้แก่ การทำงานเป็นทีม ความยึดมั่นในความถูกต้อง การให้บริการที่ดี และการสั่งสมความเชี่ยวชาญ ขณะที่สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ สาเหตุของความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายด้าน เช่น แรงจูงใจภายในของบุคลากร ความรู้ ทักษะ ภาพลักษณ์ตนเอง ตลอดจนบทบาทและพฤติกรรมการแสดงออกในองค์กร ซึ่งล้วนมีผลต่อคุณภาพของผลงานและประสิทธิภาพในการทำงานโดยรวม ทั้งนี้ ควรพิจารณาให้ความสำคัญกับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการฝึกอบรมที่เหมาะสม ตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากร การพัฒนาศักยภาพในระยะเริ่มต้น ไปจนถึงการส่งเสริมการเรียนรู้ในงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานตามสมรรถนะที่คาดหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ผลการประเมินคุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อำเภอ ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งได้รับการถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด พบว่า โดยภาพรวมบุคลากรมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามบทบาทการปฏิบัติงานใน 4 ด้านหลัก อยู่ในระดับ มากที่สุด ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการประสานงาน ด้านการปฏิบัติงานตามบทบาท ผลการประเมินดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ กรอบมาตรฐานคุณลักษณะของสำนักงาน ก.พ. ซึ่งให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ การยึดมั่นในจริยธรรม และการทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ยังพบประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมในบางด้าน ได้แก่ การสรุปรายงานหรือรวบรวมข้อมูลเพื่อเสนอผู้บังคับบัญชา ความต่อเนื่องในการกำกับและติดตามผลการดำเนินงาน การจัดทำข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับงานสาธารณสุข ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Soimukda (2015) ซึ่งระบุว่า ผู้บริหารระดับต้นในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยเน้นการพัฒนาบทบาทของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจ และให้ความสำคัญกับการประสานงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมาย

การศึกษานี้พบว่า บุคลากรใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราช มีสมรรถนะเฉพาะตำแหน่งที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่จริง และกรอบคุณลักษณะของสำนักงาน ก.พ. อย่างชัดเจน โดยสามารถวิเคราะห์ตามสายงานได้ดังนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีสมรรถนะที่สำคัญและจำเป็นในการขับเคลื่อนภารกิจและพัฒนางานในระดับพื้นที่อย่างครอบคลุม ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ จริยธรรมในการบริหาร การทำงานเป็นทีมและความร่วมแรงร่วมใจ การคิดวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ความเข้าใจผู้อื่น (Empathy) ความมั่นใจในตนเอง ความยืดหยุ่นและผ่อนปรน การควบคุมตนเอง (Self-regulation) สอดคล้องกับการศึกษาของ Paungsuk & Manasathitpong (2021) ซึ่งระบุว่า ผู้อำนวยการ รพ.สต. ต้องมีสมรรถนะด้านการบริหารในระดับสูง โดยเฉพาะการทำงานเชิงรุก การประสานงานกับชุมชน และการควบคุมติดตามผลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานและความต้องการของประชาชน และศึกษาของ Kongha, Prasit, & Kongsrima (2024) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อสมรรถนะของผู้อำนวยการ รพ.สต. ได้แก่ การบริหารทรัพยากรมนุษย์ เช่น การวางแผนกำลังคน การจัดการค่าตอบแทน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน ความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Intelligence) โดยเฉพาะด้านการควบคุมตนเองและความเข้าใจผู้อื่น ซึ่งช่วยให้ผู้อำนวยการสามารถเป็นผู้นำที่น่าเชื่อถือ สนับสนุนและยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล สร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมขวัญกำลังใจให้แก่ทีมงาน

พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีสมรรถนะที่จำเป็น มากที่สุด การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ การคิดวิเคราะห์ รองลงมา การบริการที่ดี การสืบเสาะหาข้อมูล ความเข้าใจผู้อื่น ความมั่นใจในตนเอง ความถูกต้องของงาน และความยืดหยุ่นผ่อนปรน ตามลำดับเพื่อให้

สอดคล้องกับสมรรถนะที่ปฏิบัติงานจริง ได้แก่ การตรวจรักษาโรคเบื้องต้นการทำหัตถการทางพยาบาลการดำเนินงาน IC (Infection control) คลินิกเฉพาะ เช่น EPI (ภูมิคุ้มกันโรค), NCD (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) ละการตรวจครรภ์และการให้คำปรึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Hinsheranan, Singchungchai, & Aree (2021) สมรรถนะ 5 ด้านที่พยาบาลรับรู้ว่าได้พัฒนา ได้แก่ ความมุ่งมั่นในงานและการอดทน การมีเจตบริการที่สุภาพและอ่อนโยน ความพยายามในการเพิ่มพูน ความรู้จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย และความสามารถในการทำงานเป็นทีมและฟังความคิดเห็นของผู้อื่น สะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างสมรรถนะที่จำเป็นและบทบาทการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานบริการปฐมภูมิ ที่กำลังเปลี่ยนผ่านจากภายใต้กระทรวงสาธารณสุขไปสู่การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

นักวิชาการสาธารณสุขใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.นครศรีธรรมราช มีสมรรถนะที่จำเป็นมากที่สุด ได้แก่ การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ และการคิดวิเคราะห์ รองลงมาคือ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ และการบริการที่ดี โดยงานที่ปฏิบัติงานจริง เช่น ควบคุมโรคติดต่อ อนามัยโรงเรียน คัดกรองสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะตามกรอบ ก.พ. และมีความเชื่อมโยงกับแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับ Masaard (2024) ที่พบว่า สมรรถนะหลักของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลจังหวัดลพบุรี ด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ด้านการยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรม ด้านจริยธรรม ด้านการทำงานเป็นทีม อยู่ในระดับมาก มีแรงจูงใจโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับด้านการมุ่งผลสัมฤทธิ์ ด้านการบริการที่ดี ด้านการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพด้านจริยธรรม ด้านการทำงานเป็นทีม

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยัง อบจ.นครศรีธรรมราช มีสมรรถนะที่จำเป็น ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ และ จริยธรรม โดยปฏิบัติงานจริงด้านบริการทันตกรรมและอนามัยโรงเรียน สอดคล้องกับกรอบสมรรถนะ ก.พ. และงานตามสายงาน เช่น การให้คำแนะนำ การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการบริการประชาชนทุกกลุ่มวัย สอดคล้องกับ Sudta (2019) ที่พบว่า สมรรถนะที่เป็นจริงและสมรรถนะที่พึงประสงค์มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม เนื่องจากสมรรถนะด้านนี้เป็นความรู้ความสามารถที่ต้องใช้ในการทำงานประจำ ถือเป็นการทำงานที่มีสมรรถนะที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงาน เช่น การให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมในกรณีที่การรักษาเกินขีดความสามารถ และการให้บริการที่ครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบ

เจ้าพนักงานธุรการใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.นครศรีธรรมราช มีสมรรถนะที่สำคัญและจำเป็น ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ ความถูกต้องและจริยธรรม ความเข้าใจระบบงาน การบริการที่ดี และการทำงานเป็นทีม โดยปฏิบัติงานด้านสารบรรณ พัสดุ เวชระเบียน และงานสนับสนุนอื่น ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับกรอบสมรรถนะของ ก.พ. และผลการศึกษาที่ชี้ถึงความจำเป็นของสมรรถนะเหล่านี้ในการทำงานธุรการระดับปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Suwanchatree, Disawat, & Yingwanna (2019) ที่พบว่า สมรรถนะหลักที่สำคัญของเจ้าพนักงานธุรการ ประกอบด้วย การมุ่งผลสัมฤทธิ์ ขยัน มุ่งมั่น พัฒนางานให้ได้คุณภาพและตามเป้าหมายองค์กร การยึดมั่นในความถูกต้องและจริยธรรม ปฏิบัติงานถูกต้องตามกฎหมายและมีคุณธรรม ความเข้าใจในองค์กรและระบบงาน เข้าใจเทคโนโลยี กระบวนการทำงาน และระเบียบต่าง ๆ การบริการเป็นเลิศ บริการประชาชนด้วยความสุภาพ ใส่ใจปัญหา และให้คำแนะนำได้ตรงจุด การทำงานเป็นทีม ทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้ดีมีจิตสำนึกในความร่วมมือและพร้อมรับฟังความคิดเห็น

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีมีหน้าที่หลักในงานด้านการเงิน บัญชี ทรัพย์สิน พัสดุ และคีย์ข้อมูล ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะตามสายงาน และยังสามารถรับผิดชอบงานอื่นที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพสมรรถนะที่จำเป็นและสำคัญ ได้แก่ การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ ด้านจริยธรรม การคิดวิเคราะห์ ความเข้าใจผู้อื่น ความถูกต้องของงาน ความมั่นใจในตนเอง ความยึดหยุ่นผ่อนปรน การควบคุมตนเอง สมรรถนะเหล่านี้ตรงตามกรอบคุณลักษณะของ ก.พ. ทั้ง 5 ด้าน และสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สามารถวางแผน ควบคุม ตรวจสอบ และพัฒนางานด้านการเงินและบัญชีได้อย่างถูกต้อง

และมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sanpakdee & Onwimon (2023) ที่พบว่า สมรรถนะทางการบัญชีสมัยใหม่ มี 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผนและการควบคุมการเงิน ด้านการจัดทำและนำเสนอข้อมูลทางการบัญชีเพื่อใช้ในการตัดสินใจ ด้านความรู้และทักษะด้านบัญชี ด้านจริยธรรมในวิชาชีพ ทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์และผลกระทบกับประสิทธิภาพของงาน โดยการเปลี่ยนผ่านโครงสร้างการบริหารจากกระทรวงสาธารณสุขสู่ อบจ. ส่งผลให้บทบาทหน้าที่ของบุคลากรใน รพ.สต. ยังคงเดิมในเชิงภารกิจ แต่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาสมรรถนะเชิงบริหาร การประสานงาน และการสื่อสารให้สอดคล้องกับบริบทของการกระจายอำนาจ ทั้งในระดับบุคลากรสายวิชาชีพและสายสนับสนุน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การใช้ประโยชน์เชิงนโยบายและการบริหารจัดการบุคลากร ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อพัฒนาแนวทางการสรรหา การจัดสรรกำลังคน และการพัฒนาสมรรถนะให้สอดคล้องกับภารกิจและบทบาทของบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้การกำกับของท้องถิ่น

2. การพัฒนาแผนการอบรมและหลักสูตรฝึกอบรมผลการประเมินสมรรถนะที่จำแนกตามตำแหน่งงานสามารถใช้เป็นแนวทางในการออกแบบ หลักสูตรฝึกอบรม (Training needs assessment) เฉพาะด้าน เช่น การพัฒนาภาวะผู้นำของผู้อำนวยการ รพ.สต. หรือการเสริมสมรรถนะการวิเคราะห์ข้อมูลและการสื่อสารสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาสมรรถนะเชิงลึกเฉพาะรายตำแหน่งด้วยวิธีผสมวิธี (Mixed methods) แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะสามารถระบุสมรรถนะหลักของแต่ละตำแหน่งได้ชัดเจน แต่การศึกษารายตำแหน่งโดยใช้วิธีวิจัยเชิงลึก เช่น การสัมภาษณ์เชิงคุณภาพแบบเฉพาะกลุ่ม (Focus group) หรือการวิเคราะห์กรณี (Case study) จะช่วยให้เข้าใจบริบทเฉพาะของงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานได้ละเอียดขึ้น

2. ขยายกลุ่มตัวอย่างในระดับจังหวัดหรือประเทศการศึกษาครั้งนี้จำกัดอยู่เฉพาะ รพ.สต. ในอำเภอรัตนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนั้น การศึกษารอบคลุมหลายอำเภอ หรือหลายจังหวัดจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่สมารถนำไปเปรียบเทียบและใช้กำหนดนโยบายในระดับระบบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

References

- Boyatzis, R. E. (1982). *The competent manager: A model for effective performance*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for Competency Rather Than for Intelligence. *American Psychologist*. 28(1), 1 – 14.
- Health Systems Research Institute. (2019). *Operational manual for primary care units and networks under the Primary Health Care Act B.E. 2562 (2019)*. Bangkok: Health Systems Research Institute. (in Thai)
- Health Systems Research Institute. (2024). *Extracting “Primary Care Transfer Research” 49 projects: From findings to six policy dimensions to plug transition-phase gaps*. Retrieved from Health Systems Research Institute website: <https://www.hsri.or.th/media-issue/653>. (in Thai)

- Hinsharanan, A., Singchungchai, P., & Aree, P. (2021). Unit cost and perceptions of nursing competency development in a private hospital. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 15(2), 120-135.
- Kongha, S., Prasit, N., & Kongsrima, S. (2024). Human resource management and emotional quotient affecting the executive competency for the directors of sub-district health promoting hospital in Udon Thani province. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*. 24 (4), 120-132. (in Thai)
- Likert, R. (1932). *A technique for measurement of attitudes*. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 55.
- Masaard, M. (2024). Motivation affecting the performance of public health officers at sub-district health promotion hospitals in Lopburi province. *Journal of Environmental and Community Health*, 9(5), 170-177. (in Thai)
- Muangmoon, N., (2024). *Effects after the transfer of public health missions to the provincial administrative organization: Pong district, Phayao province* [N.P.]. Phayao province. (in Thai)
- Office of the Decentralization to the Local Government Organization Committee. (2021). *Guidelines for the transfer of missions of the 60th anniversary queen sirikit commemorative health center and subdistrict health promotion hospitals to provincial administrative organizations*. Bangkok: Government house. (in Thai)
- Paungsuk, S., & Manasathitpong, N. (2021). Managerial competencies of directors of tambon health promoting hospitals in Ubon Ratchathani province. *Research and Development Health System Journal*. 14(2), 57-70. (in Thai)
- Sanpakdee, P., & Onwimon, N. (2023). Modern accounting competencies on practice success of bookkeepers in Suphan Buri province. *Journal of Humanities and Social Sciences, Rajapruk University*, 9(3), 134-147. (in Thai)
- Sudta, W. (2019). Competencies of dental nurses working at subdistrict health promoting hospitals, in perspective of public health personals. *Thai Dental Nurse Journal*, 30(1), 69-77. (in Thai)
- Ratsiri, P. (2024). Transfer of public administration of subdistrict health promoting hospital from the Ministry of Public Health to the Prachuap Khiri Khan provincial administration organization. *Journal of Interdisciplinary and Private Management*, 2(1), 20-30. (in Thai)
- Soimukda, J. (2015). *Competencies of public health officer under private primary care unit (PCU), Navamintra hospital*. Phatumthani. Thammasat university. (in Thai)
- Suwansit, R., Jadesadalug, V. (2015). Perceiven organiztional support in which affects performannce effectiveness through personnel core competency of social security office. *Veridian E-Journal, Slipakorn University*, 8(2), 2217-2235. (in Thai)
- Suwanchatree, S., Disawat, M., & Yingwanna, S. (2019). Development of performance appraisal indicators of the administrators at the operational level under the provincial administrative organization. *Journal of Education, Prince of Songkla University, Pattani Campus*, 30(3), 56-67. (in Thai)

ผลของการพัฒนาระบบการประสานรายการยาสำหรับผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแวง The Effects of Developing an Inpatient Medication Reconciliation System at Waeng Hospital

ไลลีนา แวดือราแม

Laileena Waedueramae

โรงพยาบาลแวง จังหวัดนราธิวาส

Waeng Hospital, Narathiwat Province

(Received: March 7, 2025, Revised: June 10, 2025, Accepted: July 1, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบการดำเนินงานการเปรียบเทียบ ประสานรายการยา ประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแวง การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพ ปัจจุบัน และปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน MR ระยะที่ 2 พัฒนาระบบการดำเนินงานของการเปรียบเทียบประสาน รายการยาประเภทผู้ป่วยใน และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการดำเนินงานของ MR ประเภท ผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีการใช้ยาโรคเรื้อรังทุกรายที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแวง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกการประสานรายการยา Doctor order sheet และโปรแกรม HosXp มีค่าความ สอดคล้องเท่ากับ 1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และทดสอบก่อน-หลังด้วยสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า สามารถประกันเวลาการดำเนินงานให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมงได้ โดยก่อนการพัฒนา ระบบ สามารถดำเนินงานเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง ได้ในผู้ป่วยร้อยละ 66.90 หลังการพัฒนาระบบ สามารถดำเนินงาน เสร็จภายใน 24 ชั่วโมง ได้ร้อยละ 99.66 หลังการพัฒนาระบบ สามารถวิเคราะห์ความแตกต่างของรายการยา ที่พบในกระบวนการที่เกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาได้ในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งพบว่าเป็นความแตกต่างที่เกิดจาก ความไม่ตั้งใจของแพทย์ ซึ่งถือเป็นความคลาดเคลื่อนทางยาร้อยละ 71.37 ของรายการยาที่เกิดความแตกต่างทั้งหมด ในด้านความรุนแรงของความคลาดเคลื่อน พบว่า อยู่ในระดับ B เนื่องจากมีการประกันเวลาในการดำเนินงาน MR ภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้ความคลาดเคลื่อนไม่ไปถึงตัวผู้ป่วย ก่อนการพัฒนาระบบไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว

แสดงให้เห็นว่า กระบวนการเปรียบเทียบประสานรายการยาสามารถเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาได้ หากสามารถดำเนินการเปรียบเทียบประสานรายการยาได้อย่างสมบูรณ์และครอบคลุม ภายในระยะเวลาที่ กำหนด โดยสามารถลดความรุนแรงของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย จากการใช้ยามากขึ้น

คำสำคัญ : การประสานรายการยา, ความแตกต่างของรายการยา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail:leenrx17@gmail.com)

Abstract

This research and development study aimed to examine the effects of developing an inpatient medication reconciliation (MR) system at Waeng Hospital. The research was conducted in three phases: Phase 1 studied the current situation and identified problems in the existing MR process; Phase 2 involved developing the inpatient MR system; and Phase 3 evaluated the effectiveness of the developed system. The sample consisted of all inpatients with chronic medication use admitted to Waeng Hospital. The research instruments included the medication reconciliation record form, doctor order sheets, and the HosXp program, with a content validity index of 1.00. Data were analyzed using frequency, percentage, and pre-post comparison with the Chi-square test.

The study found that the system ensured completion of the medication reconciliation (MR) process within 24 hours. Prior to the system development, 66.90% of inpatients had the MR process completed within 24 hours, whereas after the development, this increased to 99.66%. Following the system development, it became possible to analyze differences in medication lists related to medication errors for all patients. The findings revealed that 71.37% of the discrepancies were due to unintentional physician errors, which were classified as medication errors. In terms of severity, the errors were categorized at Level B, as the MR process guaranteed completion within 24 hours, thereby preventing the errors from reaching the patients. Before the system development, such analysis could not be performed.

The findings demonstrate that the medication reconciliation process can enhance medication safety when it is carried out comprehensively and within the specified timeframe. The process helps reduce the severity of adverse drug events, thereby improving patient safety in medication use.

Keywords: Medication Reconciliation, Medication Discrepancies

บทนำ

กระบวนการเปรียบเทียบประสานรายการยา (Medication reconciliation; MR) ถือเป็นกระบวนการงานหนึ่งที่สำคัญของระบบยา จัดอยู่ในการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ. 2565 ในมิติด้านการบริการและบริหารทางเภสัชกรรม (Ministry of Public Health, 2022) ในปี พ.ศ. 2565 องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานข้อมูลประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค Non-Communicable Diseases (NCDs) ถึง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก สถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs คิดเป็นร้อยละ 81 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย (Department of Disease Control, 2023) แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบัน

ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลไม่ว่าจะด้วยโรคเรื้อรังเดิมที่เป็นอยู่หรือด้วยโรคอื่นก็ตาม การดำเนินงาน MR จะเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้อยู่อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนจากการใช้ยา และป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา หรือลดความรุนแรงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้ป่วยได้ กระบวนการทำงานนี้ได้รับความสนใจทั้งในและต่างประเทศ โดย The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ซึ่งเป็นองค์กรที่ดูแลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการประกาศเป็นเป้าหมายของ National Patient Safety Goal ในการบังคับใช้ร่วมกับโรงพยาบาล มากกว่า 2,700 แห่ง (Ratanadetsakul & Ratanadetsakul, 2018) สำหรับในประเทศไทย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้นำกระบวนการนี้ระบุไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพมาใช้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 จนถึงฉบับปรับปรุงใหม่ (ฉบับที่ 5 มีผลบังคับใช้เพื่อการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565) โดยได้ระบุเรื่อง MR ไว้ในระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ตอนที่ II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication use practices) ว่าเป็นกระบวนการดำเนินงานด้านยาที่ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยตั้งแต่การสั่งใช้ยาจนถึงการบริหารยา ซึ่งมีการจัดกระบวนการทำงานที่จะประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล และประกันเวลาในการดำเนินงานภายใน 24 ชั่วโมง ตลอดจนวางแผนงานในการพัฒนาระบบในเรื่องการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร ทำให้เกิดการระบุข้อผิดพลาดที่ผู้ป่วยใช้ที่ถูกต้องแม่นยำและใช้ในทุกจุดของการให้บริการ การส่งมอบรายการยาของผู้ป่วยให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยแผนกถัดไป การเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับก่อนเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลกับรายการยาที่แพทย์สั่งให้ผู้ป่วยเมื่อเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล ตลอดจนถึงการตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบและสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย

ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลในประเทศไทยได้ดำเนินงาน MR ตามมาตรฐานระบบยาแล้ว แต่เนื่องจากกระบวนการนี้มีความเกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการทั้งแพทย์ เภสัชกร พยาบาล ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ รวมถึงผู้ป่วย/ญาติและผู้ดูแล ทำให้หลาย ๆ โรงพยาบาลยังพบเจอปัญหาในขั้นตอนต่าง ๆ ที่หลากหลาย ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมร้อยละ 100 และยังไม่สามารถดำเนินงานให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง หลังรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ จากงานวิจัยของ Piriyachananusorn, Chalortham, & Kitikannakorn (2023) พบว่า กระบวนการ MR ในระบบเดิมขาดกระบวนการสื่อสารที่เพียงพอ ยังไม่มีการกำหนดเกณฑ์และหน้าที่ในทีมสหวิชาชีพ ทำให้ต้องปรับปรุงระบบ MR ด้วยการปรับขั้นตอนการสืบค้นประวัติยาเดิมของเภสัชกร การใช้ใบสั่งยาแยกสีตามประวัติแพ้ยา การใช้สติ๊กเกอร์แจ้งเตือนให้มีการทบทวนยา การติดตามและบันทึกผล MR ด้วยแบบบันทึกของเภสัชกรและฐานข้อมูลสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ หลังปรับปรุงระบบ MR พบว่า จากการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 184 ครั้ง มีผู้ป่วยได้รับการเปรียบเทียบรายการยาภายใน 24 ชั่วโมงของการแรกรับ 162 ครั้ง (ร้อยละ 88.0) และขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 179 ครั้ง (ร้อยละ 97.3) ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 80)

การประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาของจังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบว่า ยังไม่มีการเก็บข้อมูลด้านความแตกต่างของรายการยา (Medication discrepancies) ที่พบจากกระบวนการ MR ว่ามี

ความเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางยาหรือไม่ ในส่วนของโรงพยาบาลวังใต้พัฒนาระบบงานนี้มาอย่างต่อเนื่องจนสามารถดำเนินงาน MR ผู้ป่วยในได้ร้อยละ 100 แต่ไม่สามารถประกันเวลาให้เสร็จภายใน 24 ชั่วโมงได้ และยังพบปัญหาในขั้นตอนของการประสานรายการยา (Reconcile) ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการทั้งหมด 4 ขั้นตอน ทำให้ไม่สามารถทราบได้เลยว่ารายการยาที่แพทย์สั่งใช้ต่างจากเดิมนั้นเกิดจากความตั้งใจของแพทย์หรือเป็นความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบ MR เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน MR
2. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงาน MR สำหรับผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลวังใต้ให้สามารถดำเนินงานภายใน 24 ชั่วโมง
3. เพื่อศึกษาความแตกต่างของรายการยาที่พบจากกระบวนการ MR ต่อความปลอดภัยทางยาหลังพัฒนาระบบ
4. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงาน MR ต่อความปลอดภัยด้านยา

นิยามศัพท์

กระบวนการเปรียบเทียบประสานรายการยา (Medication reconciliation: MR) หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้านก่อนเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลให้ได้สมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ในกรอบระยะเวลาที่กำหนด ทั้งชื่อยา ขนาดรับประทาน ความถี่และวิธีใช้นั้น ๆ (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อมารับประทานเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสมุนไพร) หลังจากที่ได้ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้อย่างต่อเนื่องแล้ว ต้องมีการเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งเมื่อแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล ช่วงที่มีการย้ายหอผู้ป่วย และรายการยาในวันกลับบ้าน หากพบความแตกต่างของรายการยาต้องมีการบันทึกเหตุผลเพื่อสื่อสารข้อมูลกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรายการยาดังกล่าวนี้นี้ต้องติดตามผู้ป่วยไปทุกรายต่อการให้บริการทั้งในสถานพยาบาลเดียวกันและต่างสถานพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา (Leeprapaiwong, Chantong, Wannarit, & Chitchaisong, 2017)

ความแตกต่างของรายการยา (Medication discrepancies) หมายถึง ความแตกต่างของคำสั่งใช้ยาใหม่ของแพทย์กับยาที่ผู้ป่วยใช้อยู่เดิม โดยอาจเกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจของแพทย์ผู้สั่งใช้ยา ความแตกต่างของรายการยา สามารถจำแนกได้ ดังนี้ 1) ความแตกต่างที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ (Intentional discrepancy) คือ กรณีที่แพทย์สั่งเพิ่ม เปลี่ยน หรือหยุดยาที่ผู้ป่วยเคยได้รับตามภาวะทางคลินิกของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนโดยตั้งใจและถูกต้องตามหลักวิชาการ ดังนั้น จึงไม่จัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา 2) ความแตกต่างที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์แต่ไม่มีการบันทึก (Undocumented intentional discrepancy) คือ กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งการใช้ยาแต่ไม่มีการบันทึกในเอกสารที่ชัดเจน แม้จะไม่ใช่ความคลาดเคลื่อนทางยา แต่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้ 3) ความแตกต่างที่เกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ (Unintentional discrepancy) คือ

กรณีแพทย์สั่งเพิ่ม เปลี่ยน หรือหยุดยาจากที่ผู้ป่วยเคยได้รับมาก่อนโดยไม่ตั้งใจ ซึ่งจัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา (Saepang, 2010)

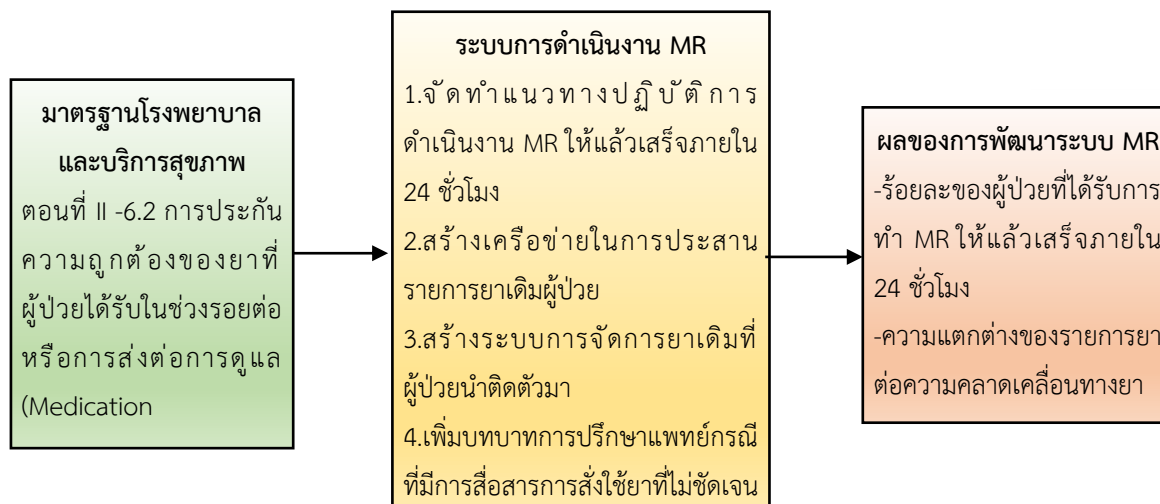
ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication errors) หมายถึง ความคลาดเคลื่อนที่เกิดในกระบวนการใช้ยาตั้งแต่การสั่งจ่าย การคัดลอกคำสั่งจ่าย การจัดยา การจ่ายยา และการบริหารยา ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย (Prince of Songkla University, 2020)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาตรฐานการดำเนินงาน MR ในการศึกษา อ้างอิงมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ตอนที่ II-6.2 การปฏิบัติในการใช้ยา (Medication use practice) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดจัดวางกระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล หรือ MR ซึ่งประกอบด้วย 1) การพัฒนาระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วยแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร 2) การระบุบัญชีรายการยาที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับอย่างถูกต้องแม่นยำ และใช้บัญชีรายการยานี้ในทุกจุดของการให้บริการ 3) การส่งมอบรายการยาล่าสุดของผู้ป่วยที่ใช้ในโรงพยาบาล ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ต่อ และยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานที่บ้านให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยในขั้นตอนถัดไป 4) การเปรียบเทียบรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่กับรายการที่สั่งให้ผู้ป่วย เพื่อค้นหาความผิดพลาดที่ซ่อนอยู่ ไม่เข้ากับสภาพของผู้ป่วย ผิดขนาด และมีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างกัน ให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด และ 5) การตัดสินใจทางคลินิกอย่างเหมาะสมตามข้อมูลที่พบ และสื่อสารการตัดสินใจแก่ทีมงานและผู้ป่วย (The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization), 2022)

Institutes for Safe Medication Practices (ISMP) แบ่งประเภทความไม่สอดคล้องหรือความแตกต่างของรายการยาที่พบจากขั้นตอนการเปรียบเทียบและประสานรายการยาระหว่างรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ก่อนเข้ารับการรักษา/ระหว่างรักษาตัวในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลออกเป็น 3 ประเภทดังที่ระบุในหัวข้อค่านิยม

การเปรียบเทียบประสานรายการยาเป็นกระบวนการที่จำเป็นเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาและความปลอดภัยของผู้ป่วยภายในกรอบเวลาที่เหมาะสม ทำให้สามารถตรวจพบความคลาดเคลื่อนได้ก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย JCAHO กำหนดให้การเปรียบเทียบประสานรายการยาควรแล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมงแรกของขั้นตอนแรกรับ (Ratanadetsakul & Ratanadetsakul, 2018) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบันและปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน MR ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลปัญหาจากการดำเนินงานระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567 (ก่อนพัฒนาระบบ) โดยศึกษาตั้งแต่ขั้นตอนแรกกับผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉินที่มีการชักประวัติโรคเรื้อรังเดิมรวมถึงรายการยาเดิมของคนไข้หรือไม่ มีการส่งต่อข้อมูลการชักประวัติหรือไม่ หรือส่งต่อช่องทางใด ความรวดเร็วในการส่งต่อข้อมูลไปยังแผนกต่อไปหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการตามประวัติการรักษา กรณีผู้ป่วยมียาเดิมมาด้วย แผนกแรกกับผู้ป่วยจัดการกับยาเดิมอย่างไร ความทันเวลาในการดำเนินงาน MR จุดไหนที่ทำให้เกิดความล่าช้าในการดำเนินงาน

2. ประชุมทีมการจัดการด้านยา (Medication Management System: MMS) มีสมาชิกทั้งหมด 15 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ 1 ท่าน, ทันตแพทย์ 1 ท่าน, เภสัชกร 5 ท่าน, พยาบาลวิชาชีพ 6 ท่าน, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 ท่าน และแพทย์แผนไทย 1 ท่าน การประชุมเริ่มด้วยการที่ผู้วิจัยชี้แจงข้อปัญหาที่พบจากการดำเนินงานเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ ประเด็นปัญหาที่พบมีดังนี้

A) การชักประวัติการใช้ยาเดิมยังไม่ครอบคลุม การส่งต่อข้อมูลให้สหวิชาชีพยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน แพทย์/พยาบาลไม่ได้ระบุให้ชัดเจนว่าผู้ป่วยใช้ยาประจำจากสถานพยาบาลใด ทำให้ต้องมีการซักถามเพิ่มเติมระหว่างฝ่าย

B) เภสัชกรมีอุปสรรคในการตามประวัติรับยาของผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่น ได้แก่ ไม่มีช่องทางเฉพาะในการประสานรายการยาเดิมของผู้ป่วย ติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาลไม่ได้ ทำให้เกิดความล่าช้าและไม่สามารถดำเนินงานให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง

C) ความคลุมเครือในขั้นตอนของการเปรียบเทียบรายการยาเดิมกับรายการยาใหม่ที่แพทย์สั่งใช้เมื่อแรก
รับ เนื่องจากไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลงของคำสั่งใช้ยาอย่างชัดเจนว่าเกิดจากความตั้งใจของแพทย์หรือไม่ แพทย์ไม่
ตอบรับคำปรึกษา สื่อสารประเด็นความแตกต่างของรายการยา อภิปรายร่วมกันถึงความหมายและประเภทของความ
แตกต่างของรายการยา พร้อมทั้งยกตัวอย่างความแตกต่างของรายการยาที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันใน
ทีมสหวิชาชีพ

D) ขาดการส่งต่อประเด็นปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่องระหว่างเภสัชกร ทำให้ดำเนินงาน MR ไม่สมบูรณ์ใน
บางราย การทบทวนใบสั่งยาโดยเภสัชกรเพียงจุดเดียว อาจค้นหาความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยาหรือความแตกต่าง
ของรายการยาได้ไม่ครบถ้วน

**ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาระบบการดำเนินงานของ MR ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2567 โดย
นำผลการวิเคราะห์ปัญหา ข้อเสนอแนะที่ได้จากขั้นตอนที่1 มาวางแผนทางเพื่อพัฒนาระบบ ดังนี้**

1. ปรับ Doctor order sheet (DOS) เพิ่มหัวข้อ Last dose taken (การรับประทานยามื้อสุดท้ายก่อนมา
โรงพยาบาล) ใน DOS เพื่อให้เจ้าหน้าที่ไม่ลืมซักประวัติโรคเดิมและรายการยาเดิมของคนไข้ จุดนี้เป็นการส่งต่อข้อมูล
ให้สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทราบว่าผู้ป่วยรายนี้ต้องดำเนินงาน MR ต่อไป ซึ่งต้องระบุข้อมูลนี้ตั้งแต่จุดแรกกับผู้ป่วย กรณี
ที่ยังไม่ทราบประวัติรายการยาเดิมให้ระบุใน DOS ให้ชัดเจนว่าให้ตามประวัติจากสถานพยาบาลใด ได้มีการอบรม
เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อทำความเข้าใจในเรื่องของการดำเนินงาน MR อธิบายหัวข้อ Last dose taken ให้
ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจว่าคืออะไร รวมถึงบทบาทที่ชัดเจนของผู้ปฏิบัติงานแต่ละจุด กำหนดวิธีการจัดการยาเดิมผู้ป่วย
ร่วมกันนั้นคือ ให้แพทย์พิจารณายาเดิมคนไข้ก่อน หลังแพทย์พิจารณาแล้ว ให้ส่งยาเดิมผู้ป่วยมาเก็บไว้ที่ห้องยาใน
ระหว่างที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาล ห้องยาอาจใช้ยาเดิมหรือยาของโรงพยาบาลในการจัดให้ผู้ป่วยใช้ในหอผู้ป่วย
ขึ้นกับสภาพยาเดิมของผู้ป่วยว่าอยู่ในสภาพที่สามารถใช้ต่อได้หรือไม่ พร้อมทั้งมีการส่งป้ายที่กำกับว่าผู้ป่วยมียาเดิม
อยู่ที่ห้องยา ส่งให้พยาบาลติดไว้หน้าเวรระเบียนผู้ป่วย เพื่อให้แพทย์และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยราย
นี้มียาเดิมมาด้วย เพื่อพิจารณาการสั่งใช้ต่อหรือหยุดยากรณีส่งต่อหรือจำหน่ายผู้ป่วยต่อไป

2. นอกจากการส่งต่อจากจุดแรกกับผู้ป่วยมีโรคเรื้อรังเดิมหรือมีการใช้ยาโรคเรื้อรังเดิมอยู่หรือไม่
ยังกำหนดให้ฝ่ายเภสัชกรรมมีการทบทวนประวัติการรับยาของผู้ป่วยรับใหม่ทุกรายในโปรแกรม HosXp ย้อนหลัง
1 ปี เพื่อให้สามารถดำเนินงาน MR ได้ครอบคลุมทุกราย กำหนดให้ทำการเปรียบเทียบรายการยาที่แพทย์สั่งใช้ใหม่
กับรายการยาเดิมผู้ป่วยในขั้นตอนแรกของการรับใบสั่งยา หากพบว่าแพทย์ยังไม่ได้พิจารณารายการยาเดิมหรือ
พบความแตกต่างของรายการยาที่ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผลทางคลินิกของคนไข้ ให้ปรึกษาแพทย์ทันที เพื่อให้
สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมงได้ และกำหนดให้เภสัชกรจุดตรวจสอบยา ก่อนส่งมอบยาให้
หอผู้ป่วย ตรวจสอบความครบถ้วนของการทำ MR อีกครั้ง ได้เข้าร่วมเครือข่ายการประสานรายการยาระดับจังหวัด
และเพิ่มเภสัชกรทุกคนภายในโรงพยาบาลเข้าไปในเครือข่ายดังกล่าวจากเดิมมีเภสัชกรเพียง 2 ท่านเท่านั้น และ
ได้สร้างเครือข่ายการประสานรายการยาระดับอำเภอ โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ สมาชิกประกอบด้วยตัวแทนที่ดูแลด้าน
ยาของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล (รพ.สต.) ทุกแห่งและเภสัชกรประจำโรงพยาบาลแวงทุกคน ทำให้สามารถติดตาม
รายการยาเดิมระหว่างโรงพยาบาลกับรพ.สต.ได้รวดเร็วมากขึ้น ทุกครั้งที่โรงพยาบาลออกตรวจที่ รพ.สต. เภสัชกรจะ

นำประวัติการรักษามาให้ฝ่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลสแกนเข้าระบบ HosXp ทำให้สามารถติดตามประวัติการรักษาได้อีกทางหนึ่ง กรณีที่ผู้ป่วยมารับการรักษาในวันเสาร์-อาทิตย์หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ เนื่องจากรพ.สต.ปิดทำการ และมีช่องทางการประสานงานระหว่างฝ่ายเภสัชกรรมกับหอผู้ป่วยผ่านแอปพลิเคชันไลน์อีกด้วย เภสัชกรบันทึกสรุบบัญชีรายการยาผู้ป่วยที่ผ่านการเปรียบเทียบรายการยาเดิมกับรายการยาใหม่ที่แพทย์สั่งใช้ใน DOS ซึ่งส่งไปให้หอผู้ป่วยแนบในเวชระเบียนต่อไป โดยให้ระบุวันและเวลาที่บันทึก ทำให้สามารถสรุปผลการดำเนินงานได้ว่าสามารถดำเนินงานให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชม.หรือไม่ เภสัชกรบันทึกรายการยาเดิมและสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยรับการรักษาก่อนหน้านี้แบบบันทึกการประสานรายการยา (MR Form) บันทึกว่าผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วยในใบ Drug profile ฝ่ายเภสัชกรรมจะเก็บข้อมูลผู้ป่วยแยกเป็นรายคน ซึ่งแต่ละรายจะประกอบด้วยใบ Drug profile, MR Form และสำเนา DOS ของผู้ป่วย ทำให้สามารถเก็บข้อมูลการดำเนินงานทั้งหมดได้จาก 3 ส่วนนี้

3. กำหนดบทบาทของแพทย์ในการรับคำปรึกษาที่ชัดเจน กรณีพบความแตกต่างของรายการยาเดิมกับรายการยาใหม่ที่แพทย์สั่งใช้เมื่อแรกรับโดยไม่ได้ระบุเหตุผลให้ชัดเจนว่าเกิดจากความตั้งใจของแพทย์หรือไม่ ให้เภสัชกรปรึกษาแพทย์ทันที ซึ่งประเด็นนี้ได้ทำข้อตกลงร่วมกันกับองค์กรแพทย์ ว่าให้ปรึกษาแพทย์ผู้สั่งใช้ยาโดยตรง ไม่ว่าขณะนั้นผู้ป่วยจะถูกส่งไปยังหอผู้ป่วยแล้วหรือไม่ แต่กรณีที่ต้องรอการประสานรายการยาเดิมจากสถานพยาบาลอื่นนั้น หากสามารถตามได้สำเร็จตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่แผนกผู้ป่วยนอกหรือห้องฉุกเฉิน ให้แจ้งแพทย์ผู้รับคนไข้เป็นผู้สั่งใช้ยา แต่หากได้ข้อมูลหลังจากที่ผู้ป่วยถูกส่งเข้าไปในหอผู้ป่วยแล้ว ให้แจ้งแพทย์ประจำหอผู้ป่วยรับทราบแทน

4. สร้างช่องทางส่งต่อข้อมูลภายในฝ่ายเภสัชกรรมกรณีที่ดำเนินงาน MR ยังไม่เสร็จสมบูรณ์ โดยการแยก Drug profile ของผู้ป่วยที่ยังดำเนินงานไม่เสร็จออกจาก Drug profile ทั่วไป พร้อมทั้งเขียนระบุประเด็นที่รื้อดำเนินการบนสติ๊กเกอร์ฉลากยาเปล่าติดมุมขวาบนของ Drug profile ให้เห็นชัดเจน เพื่อให้เวรถัดไปสามารถดำเนินการต่อได้เลย

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาประสิทธิภาพของระบบการดำเนินงาน MR ในช่วงเดือนเมษายน – กันยายน พ.ศ. 2567 (หลังพัฒนาระบบ) โดยศึกษาในแง่ของความสัมพันธ์เวลาในการดำเนินงาน MR ภายใน 24 ชั่วโมง และความแตกต่างของรายการยาที่ได้จากกระบวนการงาน MR ต่อความคลาดเคลื่อนทางยา รวมถึงระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนดังกล่าว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่มีการใช้ยาโรคเรื้อรังทุกรายที่เข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแวง จำนวน 6 เดือน ในระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567 รวมทั้งหมดจำนวน 571 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนพัฒนาระบบ และในช่วงเดือน เมษายน – กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวน 6 เดือน รวมทั้งหมดจำนวน 592 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างหลังพัฒนาระบบ โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้าคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประวัติใช้ยาโรคเรื้อรังภายใน 1 ปี ก่อนเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแวง โดยได้ข้อมูลจากการซักประวัติผู้ป่วย สมุดประจำตัว

ผู้ป่วย ใบสรุปรายการยาจากสถานพยาบาลอื่น ข้อมูลการรักษาย้อนหลังในโปรแกรม HosXp และยาเดิมที่ผู้ป่วยนำมาด้วย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน 2) ผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถให้ข้อมูลได้ว่าผู้ป่วยรับการรักษาจากสถานพยาบาลใดมาก่อน (นอกเหนือจากโรงพยาบาลแวง) ภายใน 24 ชม. หลังเข้ารับการรักษา เช่น ผู้ป่วยหมดสติหรือสติสัมปชัญญะไม่ปกติชั่วคราว และ 3) หลังจากตามประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลอื่นแล้วพบว่าไม่ได้ใช้ยาโรคเรื้อรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือได้แก่

1. แบบบันทึกการประสานรายการยา (MR form) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-สกุล อายุ เพศ โรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา โรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษา

1.2 ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ในปัจจุบัน วิธีใช้ยา จำนวนยาที่ได้รับ วันที่รับยา วันนัดติดตามครั้งถัดไป สถานพยาบาลที่รับยา

1.3 ข้อมูลการประสานรายการยามีคำสั่งให้ “ใช้ต่อ” “หยุดยา” หรือปรับเปลี่ยนกลุ่มยา วิธีใช้/รูปแบบยา เป็นต้น ซึ่งมีการแยกตารางเป็น 3 ช่องอย่างชัดเจน ได้แก่ ขณะแรกรับ, พิจารณาการรักษาใหม่ (Review treatment) และกรณีจำหน่ายผู้ป่วย

2. Doctor order sheet (DOS)

3. โปรแกรม HosXp

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึก MR Form ที่สร้างขึ้นเองเสนอทีมการจัดการด้านยา (MMS) พิจารณา ซึ่งได้ปรับแบบฟอร์มตามที่ทีม MMS เสนอแนะ โดยให้แยกเป็นตารางการเปรียบเทียบรายการยากรณีผู้ป่วยแรกรับ, พิจารณาการรักษาใหม่ (Review treatment) และกรณีจำหน่ายผู้ป่วย ให้ชัดเจน และให้แยกแบบฟอร์มกรณีผู้ป่วยมีประวัติการรับยาจากสถานพยาบาลอื่น หลังปรับแบบฟอร์มแล้ว ได้นำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเป็นแพทย์ที่รับผิดชอบทีมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ของโรงพยาบาลแวง 1 ท่าน หัวหน้างานฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลแวง 1 ท่าน และเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยใน 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.00 ก่อนนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ซึ่งถูกนับเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลด้วย พบว่า แบบบันทึกสามารถใช้ได้จริง ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลการดำเนินงานทั้งหมดจากใบ Drug profile, MR Form และสำเนา DOS ของผู้ป่วย ซึ่งฝ่ายเภสัชกรรมเป็นผู้จัดทำและเก็บรวบรวม สามารถศึกษาและรวบรวมปัญหาจากการดำเนินงานในช่วงเดือนสิงหาคม 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567 (ก่อนพัฒนาระบบ เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง) และศึกษาประสิทธิภาพหลังการพัฒนาระบบในเดือนเมษายน – กันยายน พ.ศ. 2567 ได้จากข้อมูล 3 ส่วนนี้ หลังพัฒนาระบบ ได้เพิ่มการเก็บ

ข้อมูลปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากยา (DRPs) ที่พบจากการทำ MR ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication errors) ในแบบบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ของระบบยา โดยใช้เกณฑ์ของ NCCMERP (National Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention, 2008) ในการแบ่งระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนที่พบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ
2. สถิติอ้างอิง ใช้ทดสอบก่อน-หลัง ด้วยสถิติ Chi-square test

จริยธรรมวิจัย

วิจัยเรื่องนี้ได้ขอขออนุญาตรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เลขที่โครงการวิจัย 15/2567 เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ก่อนพัฒนาระบบ จำนวน visits ที่เข้าเกณฑ์วิจัยทั้งหมดจำนวน 571 visits โดยใช้ผู้ป่วยทั้งหมดที่มีการใช้ยาโรคเรื้อรังภายใน 1 ปี ก่อนเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน ในช่วงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2566 – มกราคม พ.ศ. 2567 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.20 มีอายุอยู่ในช่วง 0.8 – 73 ปี หลังพัฒนาระบบ จำนวน visits ที่เข้าเกณฑ์วิจัยทั้งหมดจำนวน 592 visits โดยใช้ผู้ป่วยทั้งหมดที่มีการใช้ยาโรคเรื้อรังภายใน 1 ปีก่อนเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยใน ในช่วงเดือน เมษายน – กันยายน พ.ศ. 2567 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.85 มีอายุอยู่ในช่วง 0.7 – 76 ปี
2. จำนวน Visits ที่สามารถดำเนินงาน MR ให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวน visits ที่สามารถดำเนินงาน MR ให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง

รายการ	ก่อนพัฒนาระบบ (ส.ค.66-ม.ค.67)		หลังพัฒนาระบบ (เม.ย.-ก.ย. 67)		Chi-square	p-value
	จำนวน 571 visits	ร้อยละ	จำนวน 592 visits	ร้อยละ		
	จำนวน visits	ร้อยละ	จำนวน visits	ร้อยละ		
ดำเนินงานเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง	382	66.90	590	99.66	391.592	.001

จากตาราง 1 พบว่า ก่อนพัฒนาระบบ สามารถดำเนินงาน MR ให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง ได้เพียง 382 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 66.90 หลังพัฒนาระบบ พบว่าสามารถดำเนินงานให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง ได้ร้อยละ 99.66 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังพัฒนาระบบ มีผู้ป่วย 2 ราย ที่ไม่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมงได้ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษในวันหยุด มีประวัติรับการรักษา

จาก รพ.สต. ซึ่ง รพ.สต. ปิดทำการ อีกทั้งผู้ป่วยไม่มีสมุดประจำตัวและไม่มีผลสแกนประวัติการรักษาในโปรแกรม HosXp ทำให้ไม่สามารถตามประวัติการรักษาได้ภายใน 24 ชั่วโมง

3. จำนวน visit ที่พบความแตกต่างของรายการยา ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวน visits ที่พบความแตกต่างของรายการยาที่แพทย์สั่งใช้ใหม่กับรายการยาเดิมผู้ป่วย

รายการ	ก่อนพัฒนาระบบ (ส.ค.66-ม.ค.67)				หลังพัฒนางาน (เม.ย.-ก.ย. 67)				Chi-square	p-value
	จำนวน 571 visits				จำนวน 592 visits					
	ไม่พบความแตกต่าง		พบความแตกต่างของรายการยา		ไม่พบความแตกต่าง		พบความแตกต่างของรายการยา			
	ของรายการยา		ของรายการยา		ของรายการยา		ของรายการยา			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	visits	ละ	visits	ละ	visits	ละ	visits	ละ		
ความแตกต่างของรายการยา	485	84.94	86	15.06	505	85.30	87	14.70	0.030	0.863

จากตาราง 2 พบว่า จำนวน visits ที่แพทย์ได้ทำการเปรียบเทียบประสานรายการยาขณะแรกรับผู้ป่วยกับรายการยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้อยู่อย่างสอดคล้องและครบถ้วนสมบูรณ์ตั้งแต่แรกรับ ก่อนและหลังพัฒนางานร้อยละ 84.94 และ 85.30 ตามลำดับ จำนวน visits ที่พบความแตกต่างของรายการยาที่แพทย์สั่งใช้ใหม่เทียบกับรายการยาเดิมของผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังพัฒนางานใกล้เคียงกัน โดยก่อนและหลังพัฒนางานพบร้อยละ 15.06 และ 14.70 ตามลำดับ ซึ่งไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 เมื่อวิเคราะห์ในแง่ของจำนวนรายการยาที่พบความแตกต่างของรายการยาเดิมกับรายการยาใหม่ที่แพทย์สั่งใช้ สามารถแยกความแตกต่างของรายการยาที่พบได้ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนรายการยาที่พบความแตกต่างของรายการยาเดิมกับรายการยาที่แพทย์สั่งใช้ใหม่

	จำนวนรายที่พบความแตกต่างของรายการยา	ความแตกต่างของรายการยาที่พบทั้งหมด	Intentional discrepancies		Unintentional discrepancies		Undocumented intentional discrepancies	
			รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ	รายการ	ร้อยละ
			รายการยา	ละ	รายการยา	ละ	รายการยา	ละ
ก่อนพัฒนางาน (ส.ค.66-ม.ค.67)	86	238	N/A	N/A	33	13.87	N/A	N/A
หลังพัฒนางาน (เม.ย.-ก.ย. 67)	87	262	54	20.61	187	71.37	21	8.02

จากตาราง 3 พบว่า ก่อนและหลังพัฒนางานพบจำนวนรายการยาที่มีความแตกต่างจากรายการยาเดิมของผู้ป่วยจำนวนใกล้เคียงกัน คือ 238 และ 262 รายการ ตามลำดับ แต่ก่อนพัฒนางานไม่สามารถแจกแจงรายการยาเหล่านั้นได้ทุกรายการว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความตั้งใจของแพทย์หรือไม่ พบเพียง 33 รายการเท่านั้นที่สามารถปรึกษาแพทย์ได้สำเร็จ และผลการปรึกษาเกิดจากความไม่ตั้งใจของแพทย์ทั้ง 33 รายการ ซึ่งจัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา คิดเป็นร้อยละ 13.87 ของรายการยาที่เกิดความแตกต่างทั้งหมด หลังพัฒนางาน พบว่าสามารถปรึกษาแพทย์ได้ทุกครั้งที่พบความแตกต่างของรายการยา ทำให้สามารถแจกแจงความแตกต่างของรายการยาได้ทุกรายการ ผลที่ได้คือ เป็นความแตกต่างที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ (Intentional discrepancies) ร้อยละ 20.61 ซึ่งไม่จัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นความแตกต่างที่ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ (Unintentional discrepancies) ร้อยละ 71.37 ซึ่งจัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นความแตกต่างของรายการยาที่เกิดจากความตั้งใจของแพทย์แต่ไม่ได้ระบุให้ชัด ไม่จัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา แต่อาจส่งผลให้เกิดความสับสนและความไม่เข้าใจระหว่างแพทย์กับบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ร้อยละ 8.02

จากความแตกต่างของรายการยาที่ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ (Unintentional discrepancies) จำนวน 187 รายการนั้น สามารถแบ่งประเภทปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาได้ดังตารางที่ 4

ตาราง 4 แสดงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (Drug related problems, DRPs) ที่พบจากกระบวนการงาน MR หลังพัฒนาระบบ

DRPs	จำนวนครั้งที่พบ	ร้อยละ
จำนวน DRPs ที่พบทั้งหมด	187	100.00
ไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ	154	82.35
ขนาดความแรงของยา การบริหารยาไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย	23	12.30
ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง/อื่นๆ	7	3.74
เกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่ผู้ป่วยได้รับ (Fatal drug)	3	1.61

จากตาราง 4 พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ รองลงมาคือขนาดความแรงของยาหรือขนาดยาไม่เหมาะสม โดยพบร้อยละ 82.35 และ 12.30 ตามลำดับ แต่เนื่องจากการประกันเวลาในการดำเนินงาน MR ให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนดังกล่าวอยู่ในระดับ B เท่านั้น หมายความว่า เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาแล้ว แต่ไม่เป็นอันตราย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนนั้นยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย

อภิปรายผล

กระบวนการงาน MR มีความเกี่ยวข้องกับทุกคน ความร่วมมือกัน การสื่อสารและการทำงานเป็นทีมระหว่างแพทย์พยาบาล เภสัชกร และสมาชิกในทีมที่ร่วมดูแลผู้ป่วยรวมถึงตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลมีความสำคัญมากต่อความสำเร็จของกระบวนการงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Piriychananusorn, Chalortham, & Kitikannakorn (2023)

พบว่า กระบวนการ MR ในระบบเดิมขาดกระบวนการสื่อสารที่เพียงพอ ยังไม่มีการกำหนดเกณฑ์และหน้าที่ในทีมสหวิชาชีพ ทำให้ต้องปรับปรุงระบบ MR ด้วยการปรับขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่ขั้นตอนการสืบค้นประวัติ การใช้ใบสั่งยาแยกสี การใช้สติกเกอร์แจ้งเตือนให้มีการทบทวนยา การปรับแบบบันทึก รวมถึงการบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ หลังปรับปรุงระบบ MR พบว่า จากการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 184 ครั้ง มีผู้ป่วยได้รับการเปรียบเทียบรายการยาภายใน 24 ชั่วโมงของการแรกรับ 162 ครั้ง (ร้อยละ 88.0) และขณะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 179 ครั้ง (ร้อยละ 97.3) ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 80) ในส่วนของโรงพยาบาลแวงนั้น ได้ดำเนินงานพร้อมกับปรับแก้กระบวนการทำงานมาสู่ระยะแล้ว จนสามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมร้อยละ 100 แต่ยังไม่สามารถดำเนินงานให้แล้วเสร็จภายใน 24 ชั่วโมงได้ทั้งหมด เนื่องจากการชักประวัติโรคเดิมของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับยังไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดความล่าช้าในการตามประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลอื่น ปัญหาการส่งใข้ยาใหม่ของแพทย์ในขั้นตอน Reconcile นั้นยังไม่ชัดเจน จึงนำปัญหาที่พบจากการดำเนินงานเสนอแก่ทีมการจัดการด้านยา (MMS) ทุก ๆ เดือนในช่วงแรกของการพัฒนางานเพื่อหารือร่วมกัน ซึ่งได้รับการแก้ไขโดยการปรับ DOS ให้มีหัวข้อเฉพาะสำหรับการชักประวัติเกี่ยวกับโรคเดิมและรายการยาเดิมของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ ระบุตำแหน่งแพทย์ที่ต้องรับคำปรึกษาที่ชัดเจนในช่วงเวลาที่ต่างกัน (ในเวลาราชการ/นอกเวลาราชการ) เช่น แพทย์ผู้ส่งใข้ยาหรือแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยในขณะนั้น เพิ่มขั้นตอนการทบทวนใบสั่งยาภายในฝ่ายเภสัชกรรมเป็น 2 จุด คือ จุดแรกรับคำสั่งใข้ยา (Doctor order sheet) และจุดตรวจสอบยา ก่อนส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอีกครั้ง ทำให้สามารถปรึกษาแพทย์ได้ทุกครั้ง และครบถ้วนทุกรายการยาที่พบความแตกต่างหรือความไม่ต่อเนื่องของการส่งใข้ยาเดิมของผู้ป่วย ทำให้สามารถวิเคราะห์ประเภทความแตกต่างของรายการยาที่พบได้ร้อยละ 100 โดยพบว่า เป็นความแตกต่างที่ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจของแพทย์ (Unintentional discrepancies) ร้อยละ 71.37 ของรายการยาที่เกิดความแตกต่างทั้งหมด ซึ่งจัดเป็นความคลาดเคลื่อนทางยา โดยความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมที่ควรได้รับ รองลงมาคือ ขนาดความแรงของยาหรือขนาดยาไม่เหมาะสม โดยพบร้อยละ 82.35 และ 12.30 ตามลำดับ แต่ระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนดังกล่าวอยู่ในระดับ B เท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากระบวนการ MR สามารถลดระดับความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยาได้ นั่นคือสามารถดักจับความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นได้ก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ซึ่งส่งผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง หากความผิดพลาดดังกล่าวถึงตัวผู้ป่วย อาจจะทำให้ต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หรือทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น มูลค่าการรักษาผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้น และหากเกิดกับรายการยาที่มีความเสี่ยงสูง ความคลาดเคลื่อนอาจรุนแรงถึงขั้นต้องช่วยชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Pattanakriangkrai, Thungwilai, & Pamonsinlapatham (2022) พบว่าการปรับปรุงการประสานรายการยาโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาล โดยระบุขั้นตอนและผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน ช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยเฉพาะความคลาดเคลื่อนจากการสั่งจ่ายยาของแพทย์ (Prescribing Error: PE) และช่วยลดมูลค่าการใข้ยาลงได้ ช่วงแรกของการเก็บข้อมูลพบ PE 2.46 อุบัติการณ์ต่อ 1,000 วันนอน และลดลงในช่วงหลังของการเก็บข้อมูลโดยมี PE 1.94 อุบัติการณ์ต่อ 1,000 วันนอน การส่งรายการยาเดิมของผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ครบ (omission error) ลดจากช่วงก่อนการปรับปรุง 118 อุบัติการณ์ใน 3 เดือน เหลือ 86 อุบัติการณ์ใน 3 เดือน ช่วงหลังปรับปรุง การปรับปรุงกระบวนการช่วยประหยัดมูลค่าการใ้ยาของผู้ป่วยและโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือน

ที่เก็บข้อมูลได้ 42,930 บาท และงานวิจัยของ Jitanapakarn, Khunawaradisai, & Supapaan (2023) พบว่า กระบวนการ MR ที่พัฒนาขึ้นในโรงพยาบาลสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาและลดระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ได้ และเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องและเหมาะสม ผลที่ได้คืออัตราความคลาดเคลื่อนทางยาขั้นตอนการรับเข้าโรงพยาบาลลดลงจาก 125 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนเป็น 12.34 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ระดับความรุนแรงลดลงจาก C และ D เหลือเพียง C ประเภท ความคลาดเคลื่อนที่พบส่วนใหญ่คือการสั่งยาที่ไม่เคยได้รับมาก่อนและการไม่ได้รับยาเดิม

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลของการพัฒนาระบบงาน MR ผ่านทีมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ภายในโรงพยาบาลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของงาน ทำให้ได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานและร่วมกันพัฒนางานต่อไป ได้นำเสนอผลงานผ่านการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา จังหวัดนราธิวาส ประจำปีงบประมาณ 2567 ทำให้โรงพยาบาลภายในจังหวัดนราธิวาสได้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับการดำเนินงานอย่างเต็มรูปแบบได้อย่างชัดเจน สามารถนำแนวทางการพัฒนานี้ไปปรับใช้ในโรงพยาบาลอื่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เก็บข้อมูลเวลาที่ใช้ในการดำเนินงาน MR ในแต่ละกระบวนการงานของผู้ป่วยแต่ละราย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มิได้รับการรักษาประเภทผู้ป่วยในมักเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังเดิมอยู่แล้ว ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดำเนินงาน MR นั้นมีจำนวนมาก ซึ่งสามารถสะท้อนข้อมูลในแง่ของภาระงานกับจำนวนผู้ปฏิบัติงาน เพื่อที่จะสามารถปรับแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับทรัพยากรบุคคลที่มี เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาที่จะได้รับการตอบกลับข้อมูลการใช้ยาของสถานพยาบาลอื่น กรณีที่ผู้รับผิดชอบงานไม่อยู่หรือออกปฏิบัติงานนอกสถานที่ จะได้รับการตอบกลับที่ล่าช้า และผู้ป่วยที่รับยาเดิมจากรพ.สต.ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลในวันหยุด ไม่มีสมุดประจำตัวคนไข้ที่มีประวัติรายการยาอยู่และไม่นำยาเดิมมาด้วย จะไม่สามารถตามประวัติรับยาจากรพ.สต.ได้ เนื่องจากรพ.สต.ปิดทำการในวันหยุดเช่นเดียวกัน

References

- Chiewchantanakit, D., Anupong, M., Pituchaturont, N., Dilokthornsakul, P.Dhippayom, T. (2020). The effectiveness of medication reconciliation to prevent medication errors: a systematic review and meta-analysis. *ResSoc Admin Pharm*, 16, 886-94.
- Department of Disease Control. (2023). *Annual report 2023, Division of Non-Communicable Diseases*. Retrieved May 26, 2025 from <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/4155620240314033823.pdf>. (in Thai)

- ISMP Canada. Medication Reconciliation (MedRec). (2011). *Institutes for safe medication practices 2011*. Retrieved May 26, 2025 from <https://www.ismp-canada.org/>.
- Jitanapakarn, P., Khunawaradisai, N., & Supapaan, T. (2023). Outcomes of medication reconciliation at patient ward in a community hospital in the Northeast. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 15(4), 1003-1014.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. (2006). *Sentinel event alert: using medication reconciliation to prevent errors*. Retrieved May 26, 2025, from <https://www.jointcommission.org//media/deprecatedunorganizedF>.
- Leeprapaiwong, R., Chantong, S., Wannarit, K., & Chitchaisong, S. (2017). Medication reconciliation in outpatients at the psychiatric clinic, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. *Siriraj Medical Bulletin*, 7(2), 53–63. (in Thai)
- Ministry of Public Health. (2022). *Drug safety standards assessment program in hospitals and public health offices*. Retrieved May 26, 2025. from <https://dmsic.moph.go.th/editors/userfiles/files/hospital.pdf>. (in Thai)
- National Coordinating Council for Medication Error Report and Prevention (NCCMERP). (2008). What is a medication error?. Retrieved January 25, 2025. from <https://nccmerp.org/about-medication-errors>.
- Ningsanon, T. (2008). Medication reconciliation. In Ningsanon, T., Montakantikul, P., & Chulavatnatol, S. *Medication Reconciliation* (pp.2–26). Prachachon. (in Thai)
- Pattanakriangkrai, P., Thungwilai, W., & Pamonsinlapatham, P. (2022). Outcomes of the improvements of medication reconciliation process by multidisciplinary health team: case study at internal medicine ward 1, Sawanpracharak hospital, Nakhon Sawan province. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 14(4), 887-990. (in Thai)
- Piriyachananusorn, N., Chalortham, N., & Kitikannakorn, N. (2023). Improvement and evaluation of medication reconciliation at orthopedic wards in a Regional hospital. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 15(3), 750-765. (in Thai)
- Prince of Songkla University, (2020). *Guideline for the Prevention and Management of Medication Errors*, Announcement of the Faculty of Medicine. Retrieved January 25, 2025. from: https://medinfo.psu.ac.th/nurse/drug_paper/drug_12.pdf. (in Thai)
- Puntakul, K., Topark-Ngarm, A. (2012). Medication reconciliation at Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital. *Isan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 8(2), 28-38.

- Ratanadetsakul, C. h. , Ratanadetsakul, P. (2018). Medication reconciliation through the 3P concept (Purpose-Process-Performance). *Center for countinuing pharmacy education*. Retrieved May 26, 2025. from https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=469. (in Thai)
- Saepang, K. (2010). Medication reconciliation and hospital standards and healthcare services. *Thai Bulletin of Pharmaceutical Sciences*, 5(1), 99–110. (in Thai)
- Tewthanom, K., Tananonniwas, S. (2009). Medication error and prevention quide for patient’s safety. *Veridian E-Jouenal, Silpakorn University*, 2(1), 1-23. (in Thai)
- The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2022). “Medication use practice.” *In Hospital and Healthcare Standards*. (pp.120-128), (5th ed.). Nonthaburi. (in Thai)
- Thompson, C. A. (2005). JCAHO views medication reconciliation as adverse-event prevention. *Am J Health Syst Pharm*, 62(15), :1528-1532.

ผลของกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง
โรงพยาบาลสุรินทร์

The Effects of Supportive Group Therapy on Depression in Cancer Patients at
Surin Hospital

วันเพ็ญ ทัดศรี^{1*} และ รสสุคนธ์ นามวัฒน์²

Wanphen Thadsri^{1*} and Rotsukon Namwat²

¹มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์, ²โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

¹Surindra Rajabhat University, ²Surin Hospital, Surin Province

(Received: April 20, 2025, Revised: June 24, 2025, Accepted: July 31, 2025)

บทคัดย่อ

การศึกษาถึงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์ ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 27 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) กิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และ 2) แบบประเมินอาการซึมเศร้า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.738 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ผู้ป่วยมะเร็งมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มบำบัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($z = -4.544, p < 0.001$)

ดังนั้นกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อลดภาวะซึมเศร้าได้

คำสำคัญ: กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง, ภาวะซึมเศร้า, โรคมะเร็ง

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

Abstract

This quasi-experimental one-group pretest–posttest study aimed to compare depression scores among cancer patients at Surin Hospital before and after participating in supportive group therapy. The sample consisted of 27 cancer inpatients selected through purposive sampling. The research instruments included: (1) a supportive group therapy program comprising six activities, validated by three experts with a content validity index (CVI) of 1.00; and (2) a depression assessment scale with a Cronbach's alpha coefficient of 0.738. Data were analyzed using the Wilcoxon Signed Rank Test.

The study found that after participating in supportive group therapy, cancer patients had significantly lower depression scores compared to before the intervention, with statistical significance at the .001 level ($Z = -4.544$, $p < 0.001$).

Therefore, supportive group therapy was effective in reducing depression among cancer patients. Nursing personnel can apply this intervention in caring for cancer patients to help alleviate depressive symptoms.

Keywords: Supportive Group Therapy, Depression, Cancer

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) คาดการณ์ว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 77 ภายใน 25 ปีข้างหน้า ในขณะที่ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติระบุว่า แต่ละปีมีคนไทยป่วยเป็นมะเร็งรายใหม่ประมาณ 140,000 คน เสียชีวิตประมาณ 83,000 คน (National Cancer Institute of Thailand, 2024) ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยมักเผชิญกับความเครียดจากการวินิจฉัยความไม่แน่นอนในผลการรักษา การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และความกังวลเกี่ยวกับชีวิตในอนาคต อาการซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทำให้การจัดการภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องสำคัญในกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากโรคมะเร็งนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก มะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับที่สองของโลก โดยในปี ค.ศ. 2020 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั่วโลกกว่า 10 ล้านคน จากผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดกว่า 18 ล้านคน และในทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่อง และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (Samngamsee, Ruanrotrung, Phothong, Chansawang, & Chabwai, 2022)

ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า จะเกิดอาการความคิดในแง่ลบ และพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยจะมีอาการ เช่น ความรู้สึกเศร้าเบื่อหน่าย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือคิดฆ่าตัวตาย หากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยอาจประสบปัญหาความสับสนในครอบครัวและสังคม รวมถึงมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย (Chanapan, 2020; World Health Organization, 2025) มีผลต่อบุคคลทุกช่วงวัยและสถานภาพทางสังคม อาการของโรคมะเร็งตั้งแต่รู้สึกเศร้าเพียงเล็กน้อยจนถึงการสูญเสียการรับรู้

ความจริง (Psychosis) โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของความพิการทั่วโลก และมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม เพศ อายุ และช่วงวัย ความผิดปกติของความสมดุลชีวเคมีในสมอง รูปแบบการเลี้ยงดูจากครอบครัว ความคิด บุคลิกภาพ กลไกการป้องกันทางจิต การใช้สารเสพติด การเผชิญเหตุการณ์ไม่คาดฝันภาวะวิกฤติของชีวิต การสูญเสียอวัยวะ (Aekwarangkoon, 2022) อารมณ์ซึมเศร้าอาจมีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย หหมดความสนใจหรือความสุขในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รู้สึกไร้ค่า ไม่มีสมาธิหรือลังเลใจ พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงหรือกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง โรคซึมเศร้าทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงตามมามากมาย ตั้งแต่โรคทางกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไทรอยด์ โรคภูมิแพ้ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคสมองเสื่อม และโรคมะเร็ง นอกจากนี้ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร่ายังมีความเสี่ยงที่จะเกิดอุบัติเหตุได้มากกว่าคนปกติ เสียชีวิตจากสารเสพติด (Bumrungrad International Hospital, 2021) จากงานวิจัย เรื่องความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาที่ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง บุทาโร ประเทศรวันดา พบว่า ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัด ระยะเวลาในการวินิจฉัยโรคมะเร็งและจำนวนครั้งของการรับยาเคมีบำบัด โดยอุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอยู่ที่ร้อยละ 41.2 และร้อยละ 26.7 ตามลำดับ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระยะเวลาของโรคมะเร็ง และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับจำนวนครั้งของการทำเคมีบำบัด (Habimana, Biracyaza, Mpunga, Nsabimana, Kayitesi, Nzamwita, & Jansen, 2023)

จากข้อมูลเบื้องต้นในโรงพยาบาลสุรินทร์ มีผู้ป่วยมะเร็งมารับบริการที่ได้รับยาเคมีบำบัด ปี พ.ศ. 2564 ถึง พ.ศ. 2567 พบว่า มีผู้มารับบริการจำนวน 11,332, 114,88 , 13,999 คน ตามลำดับ ซึ่งการรักษามักมุ่งเน้นด้วยยาที่เป็นอาการทางร่างกาย แต่ขาดการดูแลด้านจิตใจ จากการที่ผู้วิจัยได้เคยปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยมะเร็ง พบผู้ป่วยบางคนคิดทำร้ายตนเองจึงได้ให้คำปรึกษา ก่อนดำเนินการวิจัยจากการสร้างสัมพันธ์ภาพและประเมินอาการซึมเศร้าพบผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าทุกระดับ จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัย ผลของกลุ่มจิตบำบัด ประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งด้านมะเร็งลูกกลมที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า หลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มบำบัดประคับประคองมีค่าคะแนนความหวังมากกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่ม (Krodkaew , Bunthumporn, & Soonthronchaiya, 2018) และจากงานวิจัย เรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพไร่หวาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังการเข้าร่วมกลุ่มบำบัดประคับประคองน้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มบำบัด (Sinhachotsukapat, 2019) ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวช มีบทบาทในการพัฒนากิจกรรมและแนวทางในการปฏิบัติให้มีการดูแลภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิตมีกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปรับใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็ง จึงได้นำกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive group therapy) ซึ่งเน้นการสนับสนุนทางจิตใจและการสร้างสัมพันธ์ภาพในกลุ่ม เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างก่อนและหลังการบำบัด

สมมติฐาน

หลังการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์ มีคะแนนอาการซึมเศร้า ลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีของ Yalom & Leszcz (2020) เน้นการใช้จิตบำบัดจากการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลแบบกลุ่มมีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกได้มีความเข้าใจในตนเองและผู้อื่น เพื่อช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แบ่งกิจกรรมเป็น 3 ระยะ มีขั้นตอน 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มกลุ่ม (Initiating phase) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก 2) ระยะทำงานร่วมกัน (Working phase) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึก ความคิดออกมา กระตุ้นให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อก่อให้เกิดความผูกพันเป็นหนึ่งเดียวกัน มองเห็นคุณค่าของกันและกัน ตั้งใจให้เป้าหมายของกลุ่มบรรลุตามวัตถุประสงค์ 3) ระยะยุติกลุ่ม (Terminal phase) เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความผูกพันที่เกิดขึ้น ป้องกันความวิตกกังวลต่อการสิ้นสุดสัมพันธภาพ กระตุ้นให้สมาชิกหาแนวทางในการกลับไปดำเนินชีวิต ต่อเมื่อกลุ่มสิ้นสุดกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดปัจจัยการบำบัด (Therapeutic factor) ที่จะช่วยเสริมสร้างพลังความมีเหตุผลของผู้ป่วยและช่วยทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น Yalom & Leszcz (2020) ได้สรุปปัจจัยการบำบัด 11 ปัจจัย ได้แก่ 1) การเพาะความหวัง 2) ความเป็นอันหนึ่งอันเดียว 3) การให้ข้อมูล 4) การรู้สึกได้ทำคุณประโยชน์ 5) การแก้ประสบการณ์เดิมจากครอบครัวยุติ 6) การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม 7) พฤติกรรม การเลียนแบบ 8) การเรียนรู้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 9) ความเป็นปรีกแผ่น 10) การได้ปลดปล่อยความรู้สึก 11) การเรียนรู้ธรรมในชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สนใจศึกษาการทำกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคมะเร็ง



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The one group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้มะเร็งทุกชนิดที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยชาย โรงพยาบาล สุรินทร์ ระหว่าง วันที่ 1 มีนาคม - 20 มีนาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม 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) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen (2013) ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 2013) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง

คัดเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง มีอาการซึมเศร้าที่ยังไม่ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดจะมีความวิตกกังวลกับการพยากรณ์โรคและอาการข้างเคียงจากยา 3) ไม่มีปัญหาในการสื่อสารหรือการทำความเข้าใจภาษาไทย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัด ประคับประคอง ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพไร่หวานอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี (Sinhachotsukkapat, 2019) และผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้าในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท (Simma, 2021) สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ กิจกรรมกลุ่มบำบัดประคับประคอง เป็นกลุ่มจิตบำบัดที่พยาบาลสามารถเป็นผู้นำอย่างอิสระภายใต้ขอบเขตหน้าที่ ที่สามารถให้การบำบัดได้ (Sinhachotsukkapat, 2019) จะพบว่กิจกรรมกลุ่มของแต่ละงานวิจัยข้างต้นมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยผู้วิจัยจึงนำไปพัฒนาใช้กิจกรรมให้สอดคล้องกับผู้ป่วยมะเร็งและวัตถุประสงค์การทำกลุ่มประคับประคองของ Yalom & Leszcz (2020) ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง จำนวน 6 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่1 การสร้างสัมพันธภาพ ครั้งที่ 2 การให้ข้อมูล ครั้งที่ 3 การตัดสินใจด้วยตัวเองในการดูแลอารมณ์ จัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ครั้งที่ 4 ทักษะการเผชิญปัญหา ครั้งที่ 5 การสนับสนุน และให้กำลังใจ และครั้งที่ 6 ช่วยให้สมาชิกยอมรับและเผชิญความจริงในปัจจุบันและให้กำลังใจ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ข้อมูลทั่วไป ถามรายละเอียดเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพ อายุ

2.2 แบบประเมินอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยกำหนดใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย ภาคกลาง (Kongsuk, Arunpongpaial, Janthong, Pukkanone, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2018) เป็นการประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยไทยผ่านชุดคำถาม 9 ข้อที่สอบถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยผู้ตอบจะประเมินทั้งความรุนแรงของอาการ (คะแนน

0 - 4) ครอบคลุมตั้งแต่ไม่มีอาการซึมเศร้า จนถึงมีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงมาก และความถี่ของอาการ (คะแนน 1 - 3) ตั้งแต่นาน ๆ ครั้ง (1 - 6 วัน) บ่อย (7 - 10 วัน) จนถึงเกือบทุกวัน (มากกว่า 10 วัน) จากนั้น คำนวณคะแนนในแต่ละข้อโดยนำค่าความรุนแรงคูณกับความถี่ แล้วรวมคะแนนทั้ง 9 ข้อเข้าด้วยกัน

การแปลผลจะพิจารณาจากคะแนนรวม โดยคะแนนน้อยกว่า 7 หมายถึง ไม่มีอาการซึมเศร้าหรือมีอาการซึมเศร้าระดับน้อย, คะแนน 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย, คะแนน 13 - 17 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 18 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำกิจกรรมบำบัดที่สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ด้วยวิธีดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 1.00 ในทุกข้อ จึงสามารถสรุปได้ว่าเครื่องมือวิจัยชุดนี้มีความตรงเชิงเนื้อหาสูง มีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ และมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไปได้โดยไม่ต้องปรับปรุงแก้ไขในประเด็นด้านความตรงเชิงเนื้อหา

แบบประเมินอาการซึมเศร้า ผู้วิจัยกำหนดใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษาไทยภาคกลาง ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น มีค่าบ่งบอกถึงความเที่ยงในระหว่างผู้วัดว่า มีค่าสูง ($Kappa = 0.87$) ค่าความตรงสูง (Spearman's correlation coefficient = $-0.824, p < 0.0001$) และมีความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient = 0.738)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนทดลอง

1.1 ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

1.2 ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

1.3 เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.4 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

1.5 ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้า (Pretest)

2. ขั้นทดลอง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นทดลอง ผู้วิจัยมีขั้นตอนการดำเนินการในลักษณะกลุ่มเปิด จำนวนสมาชิกไม่เกิน 12 คน ทุกคนต้องได้รับการเข้ากลุ่มครบทั้ง 6 กิจกรรม ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลในชั้นทดลอง

กิจกรรม	รายละเอียด
กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจและค้นหาปัญหา ใช้เวลา 50 นาที (ช่วงเช้า)	1. ผู้นำกลุ่ม กล่าวทักทาย สมาชิกแนะนำตัว ผู้นำกลุ่มแจ้งวัตถุประสงค์ ระยะเวลา การรักษาความลับ
กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และภาวะซึมเศร้า ใช้เวลา 60 นาที ห่างกับครั้งก่อนครึ่งวัน (ทำวันเดียวกับกิจกรรมที่ 1 ช่วงบ่าย เวลา 13.00 - 14.00 น.)	2. ผู้นำกลุ่ม ถามสมาชิกถึงปัญหา และ ค้นหาปัญหาแต่ละคนร่วมกัน 1. ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า 2. มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับ ปัญหานั้น ข้อมูลที่ให้ต้องเป็นความจริงและกระชับชัดเจน ซึ่งการให้ข้อมูลถือเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ต้อง ให้ในระยะแรกของการทำกลุ่ม เพื่อสร้างความไว้วางใจของสมาชิกต่อกลุ่ม
กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจด้วยตัวเอง ในการดูแลอารมณ์ จัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ใช้เวลา 60 นาที (ช่วงเช้า) ห่างกับครั้งก่อน 1 วัน	1. สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเล่าประสบการณ์ ด้านอารมณ์ ท้อแท้ ฯลฯและการกำจัดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 2. ผู้นำกลุ่มช่วยให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแก้ ปัญหา ได้มีโอกาสให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีความกระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือและเห็นความสำคัญของคนอื่นมากกว่าตนเองทำให้สมาชิกมองเห็นคุณค่าของตนเอง
กิจกรรมที่ 4 ทักษะการเผชิญปัญหา ใช้เวลา 60 นาที ห่างกับครั้งก่อนครึ่งวัน (ทำวันเดียวกับกิจกรรมที่ 3 ช่วงบ่าย เวลา 13.00 - 14.00 น.)	1. สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ด้านการเผชิญปัญหา 2. ผู้นำกลุ่มแจ้งให้สมาชิกทราบถึงการเข้ากลุ่มจิตบำบัดทำให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนแบบพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นที่ตนเองพอใจทั้งจากผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลียนแบบไปในทางที่ดีได้
กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุน และให้กำลังใจ ใช้เวลา 60 นาที (ช่วงเช้า) ห่างกับครั้งก่อน 1 วัน	1. ผู้นำกลุ่มนำสู่ปัญหาและภาวะซึมเศร้าครั้งที่ผ่านมา ให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นและให้กำลังใจสมาชิกกลุ่ม 2. สมาชิกได้ระบายออกในกลุ่มนี้จะช่วยให้สมาชิกมีความสบายใจ รู้สึกผ่อนคลายความวิตกกังวลมากขึ้น มองโลกด้วยใจที่เป็นกลาง มีความเข้าใจในชีวิตมากขึ้น ส่งผลให้มีการพัฒนาด้าน จิตใจและอารมณ์เป็นไปในทางที่ดี และสามารถช่วยหาทางออกและมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิต ต่อไปได้
กิจกรรมที่ 6 ช่วยให้สมาชิกยอมรับ และเผชิญความจริงในปัจจุบันและให้กำลังใจ ใช้เวลา 60 นาทีห่างกับครั้งก่อนครึ่งวัน (ทำวันเดียวกับกิจกรรมที่ 5 ช่วงบ่าย เวลา 13.00 - 14.00 น.)	1. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกได้สรุปเล่าถึงโรค ปัญหา การดูแลใจ ของตนเอง 2. ให้สมาชิกให้กำลังใจกลุ่ม 3. ผู้นำกลุ่มกล่าวถึงการเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกที่เคยท้อแท้ หดหู่ในชีวิต มีความหวังขึ้นมาใหม่ได้ว่าอาจจะมีชีวิตที่ดีขึ้นได้ ทำให้สมาชิกมีกำลังใจในการที่จะต่อสู้เมื่อได้เห็นสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น เพราะทุกคนเจ็บป่วยได้และในกลุ่มก็เป็นโรคเดียวกัน ให้กำลังใจในการดูแลกายและใจ

3. ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินอาการซึมเศร้า (Posttest) หลังจากทีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มบำบัดครั้งสุดท้าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างก่อนและหลังการบำบัด ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk test โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 33/2568 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ดังตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 57.26 ปี (SD.=11.84 , Minimum= 25 ปี , Maximum= 75 ปี)		
เพศ		
ชาย	27	100.00
สถานะภาพ		
โสด	2	7.41
สมรส	22	81.48
คู่สมรสเสียชีวิต	3	11.11

จากตาราง 1 พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยอายุ 25 - 75 ปี มีอายุเฉลี่ย 57.26 ปี เพศชาย ร้อยละ 100.00 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 81.48 คู่ชีวิตเสียชีวิต ร้อยละ 11.11 โสด ร้อยละ 7.41

2. เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างก่อนและหลังการบำบัด ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างก่อนและหลังการบำบัดโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

ภาวะซึมเศร้า	n	M	SD	Z	p-value (1-tailed)
ก่อนบำบัด	27	33.22	13.40	-4.544	< 0.001
หลังบำบัด	27	10.29	6.09		

จากตาราง 3 พบว่า หลังการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์ มีคะแนนอาการซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

หลังการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์ มีคะแนนอาการซึมเศร้ามลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากผู้เข้าร่วมทุกคนมีคะแนนลดลง ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่น่าพอใจอย่างยิ่งในการประเมินประสิทธิผลของการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ในขั้นตอนแรกๆ Initiation phase กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สมาชิกกลุ่มได้พบกันรู้จักกันมากขึ้น เช่น มีสมาชิกกลุ่ม 1 คนพูดว่า “ทำไมโรคนี้จึงต้องเกิดกับผมด้วย” เกิดความวิตกกังวลกับทุกคนในกลุ่ม ปัจจัยที่ได้ คือ การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน และปัญหาที่ได้ คือ ทุกคนความกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ระยะที่ 2 ระยะ Working phase กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งและภาวะซึมเศร้า สมาชิกกลุ่มแสดงออกด้วยการสอบถามเกี่ยวกับโรค เช่น มีคำถามว่า “ผมจะหายไหมครับ” สมาชิกบอกว่า “พี่สาวผมป่วยอาการดีขึ้นเหมือนหายแล้ว” ปัจจัยที่เกิด คือ การให้และการได้รับข้อมูล การยอมรับ การได้ระบายความรู้สึก กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจด้วยตัวเองในการดูแลอารมณ์ และจัดพฤติกรรมที่เป็น สมาชิกกลุ่มบางคนเล่าว่า “ผมรู้สึกท้อแท้มากบางวันคิดอยากทำร้ายตนเอง เพราะบางวันเหนื่อย ทำงานไม่ได้ ยิ่งตอนก่อนรับยาเคมีต้องกินไข่เยี่ยว ๆ และหลังรับยาก็เหนื่อยรับประทานอาหารได้น้อย” สมาชิกบางคนตอบว่า “ผมเคยมีประสบการณ์แบบนี้ ดีแต่ภรรยาผมเปลี่ยนรูปแบบการทำอาหารจากไข่ต้มมากผมเลยทานได้” บางคนก็บอกว่า “ผมทำงานให้น้อยลงเท่าที่ทำได้ ไม่คิดอะไรมาก เข้าใจตนเองว่าเราป่วย” ปัจจัยที่เกิดคือ การยอมรับ การรู้ถึงคุณค่าของตนเองที่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมที่ 4 ทักษะการเผชิญปัญหา สมาชิกกลุ่มเล่าว่า “ผมอาการดีขึ้นจากการที่ผมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล ผมทำงานน้อยลง ไม่ให้มีเวลาวางจะได้อะไร คิดมาก ยอมรับความจริง สู้ต่อไป” ปัจจัยที่ได้ คือ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในกลุ่ม การสร้างความหวัง กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุน กำลังใจ สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลกายและใจ เช่น “ผมปล่อยวางเลย คิดน้อยลง ทำงานตามปกติ ดูแลตนเองเรื่องอาหาร และการป้องกันการติดเชื้อเพราะหลังได้รับยาภูมิคุ้มกันเราจะต่ำ สู้จริง ๆ” ปัจจัย คือ สมาชิกยอมรับกับโรคที่เป็น ได้รับและให้ข้อมูลระบายความรู้สึก เรียนรู้ทักษะทางสังคม กิจกรรมที่ 6 การยอมรับ การเผชิญความจริง การให้กำลังใจ สมาชิกกลุ่มให้กำลังใจซึ่งกันและกัน คำพูดที่ได้ยินซ้ำ ๆ จากสมาชิกคือ “ทุกคนต้องตาย เราต้องสู้ ๆ ” ปัจจัยที่ได้คือ การได้รู้ความจริงของชีวิต ปัญหาในภาพรวมในการบำบัดกลุ่มของสมาชิกกลุ่ม คือ ทักษะการดูแลตนเองด้านร่างกายและการเรียนรู้ทักษะในการเผชิญปัญหา ได้แก่ อาการปวด อาการชาตามปลายมือ ท้องผูก เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ การประกอบอาชีพ ส่วนปัจจัยที่เกิดทางด้านจิตใจในกลุ่ม ได้แก่ การมีความรู้สึกที่คล้ายคลึงกัน คือ โรคมะเร็ง

ทุกคน การได้ระบายความรู้สึก การมีความหวัง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของ Panarin, Hengudomsub, Vatanasin, & Pratoomsri (2020) เรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองของ Yalom & Leszcz (2020) ต่อความหวังของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยมีความหวังในชีวิตเพิ่มขึ้นโดยคะแนนเฉลี่ยความหวังในระยะหลัง การทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผลของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม นอกจากนั้นสมาชิกได้เลียนแบบ การได้รู้ถึงความจริงของชีวิต รวมถึงการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาจากการที่สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม จากการฟังปัญหาของสมาชิกอื่นในกลุ่มและจากข้อเสนอแนะ ทำให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Simma (2021) เรื่องผลของโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ออาการซึมเศร้า ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภท พบว่า อาการซึมเศร้า ก่อนการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภทแตกต่างกับอาการซึมเศร้าที่ลดลงหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มจิตบำบัดในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคจิตเภททันที หลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์ และหลังการเข้าโปรแกรม 4 สัปดาห์ (Simma, 2021) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Krodkaew, Bunthumporn, & Soonthronchaiya (2018) เรื่องผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อความหวังของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลามที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองมีประสิทธิภาพในการช่วยเพิ่มความหวังให้กับผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการวิจัยนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยที่ยังมีคะแนนอาการซึมเศร้าระดับรุนแรงอยู่จำนวน 4 คนหลังจากคะแนนลดลงจากการเข้ากลุ่มบำบัดแล้ว จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีข้อจำกัดในการทำกลุ่มต้องทำต่อเนื่องทุกวัน 3 วันช่วงเช้ากับช่วงบ่ายในจำนวน 6 ครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยในที่มารับยาเคมีบำบัดจำหน่ายเร็วจำนวนวันนอนเฉลี่ย 3 - 4 วัน การติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยคือ การติดตามเวลามารับยาเคมีบำบัดต่อเนื่อง ทุก 2, 3 และ 4 สัปดาห์ แล้วแต่สูตรยา และการติดตามครั้งแรกหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดในระยะเวลา 14 วัน กับตอนผู้ป่วยจำหน่ายครั้งสุดท้ายด้วยโปรแกรม Thai COC อย่างไรก็ตาม การทำกลุ่มแบบประคับประคองยังพบว่า มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย เพราะเป็นรูปแบบการบำบัดหนึ่งที่เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการในจำนวนที่มากกว่า การบำบัดรายบุคคล ประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย เพราะพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือสมาชิกได้ที่ละหลาย ๆ คนในเวลาเดียวกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

การทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง เหมาะกับการขยายผลไปยังตึกจิตเวช อายุรกรรม เพราะมีผู้ป่วยจำนวนมากและมีปัญหาที่คล้ายคลึงกัน เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคติดเชื้อ ยาเสพติดต่าง ๆ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนมากจะมีความเครียดมีภาวะซึมเศร้า เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งทางใจ ช่วยบรรเทาความทุกข์ภายในจิตใจ สามารถลดและป้องกันภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดของการทำกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง เพื่อให้กระบวนการกลุ่มเป็นไปด้วยความราบรื่น มีเทคนิคการจัดการกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นระหว่างการทำกลุ่ม นั้นหมายถึงพยาบาลต้องฝึกประสบการณ์การทำกิจกรรมกลุ่มบ่อยครั้งโดยพยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจก่อนการดำเนินกิจกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินกิจกรรมกลุ่มเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีศึกษาเพิ่มเติมในการติดตามประเมินภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ได้รับกิจกรรมกลุ่มแบบ ประคับประคอง โดยมีระยะเวลาในการติดตามครั้งแรกภายใน 14 วัน ทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

References

- Aekwarangkoon, (2022). *Psychiatric and mental health nursing: science and art in practice 2*. Walailak Book Center. (in Thai)
- Bumrungrad International Hospital. (2021). *Depression*. Bumrungrad International Hospital. Retrieved 2021, January 29 from <https://www.bumrungrad.com/th/conditions/depression> (in Thai)
- Chanapan, N. (2020). Patients with major depressive disorder: Nurses' role in promoting for patients' self-car. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 32(1), 75–88.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- 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(2), 175-191.
- Habimana, S., Biracyaza, E., Mpunga, T., Nsabimana, E., Kayitesi, F., Nzamwita, P., & Jansen, S. (2023). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among patients with cancer seeking treatment at the Butaro Cancer Center of Excellence in Rwanda. *Frontiers in Public Health*, 11, 972360.
- Kongsuk, T., Arunpongpaial, S., Janthong, S., Prukkanone, B., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2018). Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai Central Dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 63(4), 321–334.
- Krodkaew, P., Bunthumporn, N., & Soonthronchaiya, R. (2018). The effect of group supportive psychotherapy on the hope of patients with advanced breast cancer receiving radiation. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19, 78–88.
- National Cancer Institute of Thailand. (2024). *United by unique*. Roche. Retrieved 2024, March 1 from <https://www.roche.co.th/media/Statistics-reveal-that-227-Thais-die-2025-united-by-unique>.
- Panarin, L., Hengudomsub, P., Vatanasin, D., & Pratoomsri, W. (2020). The effect of Yalom's supportive group psychotherapy on hope among patients with schizophrenia. *Journal of Health and Nursing Education*, 26(1), 117–134.

- Samngammee, A., Ruanrotrung, T., Phothong, P., Chansawang, R., & Chabwai, W. (2022). *Factors associated with colorectal cancer screening behavior among people in Sukhothai province* (Research report). Lampang: Lampang Cancer Hospital, Department of Medical Services. (in Thai)
- Simma, S. (2021). *The effect of a supportive group psychotherapy program on depressive symptoms in Buddhist monks with schizophrenia*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of nursing science in nursing science field of study of nursing science faculty of nursing, Chulalongkorn University. (in Thai)
- Sinhachotsukapat, L. (2019). The effect of supportive group therapy program on depression of elderly in Poraiwhan Thambol Healthpromoting Hospital, Petchaburi province. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(3), 116–127.
- World Health Organization. (2025). *Depressive disorder (depression)*. World Health Organization. Retrieved 2025, August 30 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. Hachette UK.

ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ
ต่อการยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค

The Effects of a Mobile Application–Based Video Education and Monitoring
Program on Medication Adherence in Tuberculosis Patient

จิราภรณ์ ชววงศ์ และ ดวงใจ สวัสดิ์*

Jiraporn Choowong and Duangjai Sawatdee*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

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

(Received: April 18, 2025; Revised: August 17, 2025; Accepted: September 23, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือต่อการยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรค และความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งชายและหญิงที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คลินิกวัณโรค ในจังหวัดตรัง จำนวน 25 คน ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรงโดยใช้แอปพลิเคชันมือถือ ซึ่งประยุกต์จากแนวคิด Telecare ระยะเวลาในการทดลอง 4 สัปดาห์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผ่านทางแอปพลิเคชันมือถือ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคในสัปดาห์ที่ 4 เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนการยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคในสัปดาห์ที่ 1 โดยค่าเฉลี่ยความยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคในสัปดาห์ที่ 1 อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.18$, $SD = 0.60$) ส่วนค่าเฉลี่ยความยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคในสัปดาห์ที่ 4 อยู่ในระดับมาก ($M = 8.00$, $SD = 0.46$) และค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.45$, $SD = 0.52$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง ($M = 3.64$, $SD = 0.51$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือที่ใช้เวลานาน 4 สัปดาห์ สามารถทำให้การยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะควรใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือโดยมีการให้ข้อมูลป้อนกลับและติดต่อสื่อสารแบบสองทาง เพื่อให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค

คำสำคัญ: โปรแกรมการให้ความรู้, กำกับการกินยา, วิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ,
การยึดมั่นในการรับประทานยา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: duangjai@bcnt.ac.th)

Abstract

This study aimed to examine the effects of an educational and video-based medication adherence monitoring program delivered via a mobile application on medication adherence among tuberculosis patients, as well as their satisfaction with the program. The sample consisted of 25 newly diagnosed male and female pulmonary tuberculosis patients registered for treatment at the tuberculosis clinic in Trang Province. Participants received the educational program and treatment under directly observed therapy (DOT) using a mobile application, which was adapted from the telehealth principles. The intervention lasted for four weeks. Data were collected using a mobile application-based questionnaire and analyzed with paired t-test statistics.

The findings revealed that tuberculosis patients' medication adherence scores at Week 4 increased compared to those at Week 1. The mean adherence score in Week 1 was at a moderate level ($M= 7.18$, $SD= 0.60$), whereas the mean score in Week 4 reached a high level ($M= 8.00$, $SD= 0.46$). The difference between the pre- and post-program mean scores was statistically significant at the 0.05 level. In addition, participants reported a high level of overall satisfaction with the video-based medication adherence monitoring program via mobile application ($M= 3.45$, $SD= 0.52$). The highest-rated item was that the program was practical and applicable ($M= 3.64$, $SD= 0.51$).

This study demonstrated that a 4-week mobile application-based video education and medication adherence monitoring program improved medication adherence among tuberculosis patients. It is recommended that the program be implemented with feedback mechanisms and two-way communication to further promote continuous medication adherence in tuberculosis patients.

Keywords: Educational Program, Medication Monitoring, Mobile Application Video, Medication Adherence

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคเป็นภาวะฉุกเฉินระดับโลก (Global emergency) (Thammakumpee, 2019) เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 9 จาก 10 อันดับแรกของประชากรโลก ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้และได้จัดกลุ่มประเทศที่มีภาระปัญหาวัณโรคสูงของโลก (WHO global list of high burden countries for 2021-2025 และรับรองให้การควบคุมวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ในกรอบสหประชาชาติและยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค (End TB strategy) โดยมีเป้าหมาย SDGs ลดอัตราป่วยวัณโรครายใหม่เหลือ 20 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2573 และเป้าหมาย End TB strategy

ลดอัตราป่วยวัณโรครายใหม่เหลือ 10 ต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2578 (Division of Tuberculosis, 2021)

ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยยังมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 143 ต่อประชากรแสนคน หรือมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 103,000 คนต่อปี และพบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ขึ้นทะเบียนจำนวน 71,488 ราย ซึ่งคิดเป็นอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนร้อยละ 67 ของค่าที่ประมาณการเท่านั้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยยังมีผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มหนึ่งที่เข้าไม่ถึงหรือเข้าถึงการรักษาล่าช้า (World Health Organization, 2021) และจากข้อมูลรายงานวัณโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำจำนวน 368 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.3 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 110 ราย โดยรักษาหายแล้วร้อยละ 10.9 เสียชีวิต ร้อยละ 1.8 และส่วนมากยังอยู่ในระหว่างกำลังรักษาร้อยละ 87.3 (Trang Provincial Public Health Office, 2021)

การที่จะรักษาวัณโรคให้หายขาดนั้น ผู้ป่วยวัณโรคจะต้องยึดมั่นในการรับประทานยาวัณโรค โดยต้องรับประทานยาวัณโรคให้ครบถ้วน ตรงเวลา และสม่ำเสมอ หากผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือขาดยาจะทำให้เกิดเชื้อวัณโรคดื้อยาหลายขนานและผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Center for Disease Control and Prevention, 2021) องค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคยึดมั่นในการรักษาด้วยวิธีการสังเกตโดยตรงหรือมีพี่เลี้ยงกำกับต่อหน้าขณะที่ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยา (Directly observed treatment: DOT) ซึ่งเป็นมาตรการที่สำคัญในการดูแลในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยพี่เลี้ยงที่กำกับการกินยา ประกอบด้วย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้นำชุมชน และสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและได้รับการอบรมมาก่อน (World Health Organization, 2017) และยังมีการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคดื้อยาหลายขนาน ได้แก่ ทักษะการติดตามวัณโรคดื้อยาหลายขนานและการรักษา การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน และความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ (Chantana, Maneesriwongul, & Putawatana, 2019)

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังคงพบอัตราการรักษาไม่สำเร็จ เนื่องจากมีผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดความยึดมั่นในการรับประทานยา โดยมีสาเหตุดังนี้ พี่เลี้ยงกำกับการกินยาไม่เพียงพอ ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุซึ่งไม่ชอบให้มีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาต่อหน้า ผู้ป่วยวัณโรคส่วนหนึ่งต้องการปกปิดความเจ็บป่วยของตนเองไว้เป็นความลับเพราะรู้สึกถูกตีตรา (Stigma) ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคที่น่ารังเกียจ (Choowong, Tillgren, & Söderbäck, 2018) อีกทั้ง การไม่สามารถเข้าถึงการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยงตามสถานที่ต่าง ๆ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทาง และการปกปิดการเจ็บป่วยเนื่องจากกลัวการถูกตีตรา ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนมีส่วนทำให้การรักษาผู้ป่วยไม่หายจากวัณโรค (Kumwihar, Chongsuvivatwong, & Prappre, 2021; Togun, Kampmann, Stoker, & Lipman, 2020; Zimmer, Heitkamp, Malar, Dantas, O'Brien, Pandita, et al, 2021)

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ปัจจุบันการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยงในประเทศไทยยังมีความหลากหลายในการปฏิบัติและมีการพัฒนารูปแบบต่างๆ เพื่อใช้ทดแทนการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยง โดยอาศัยเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยสนับสนุน เพื่อช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทางของผู้ป่วยวัณโรคที่มารับการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยงที่สถานบริการด้านสุขภาพ (World Health Organization, 2017) เช่น การใช้เทคโนโลยีช่วย (Video Observed Treatment: VOT) ซึ่งวิธีการนี้จัดเป็น Non-person DOT ประเภท

หนึ่งที่มีการใช้ในหลายประเทศและพบว่าได้ผลดี และเป็นหนึ่งในมาตรการของการใช้ Telecare ในการดูแลด้านสุขภาพผ่านการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ สามารถตรวจสอบผู้ป่วยระยะไกล ช่วยในการบรรลุเป้าหมายในการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้อีกด้วย (Wongprakornkul, 2020) โดยให้ผู้ป่วยวัดโรคส่งวิดีโอที่ถ่ายทำโดยโทรศัพท์มือถือ (Smartphone) ขณะที่ผู้ป่วยกำลังกลืนยาไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่กำกับการกินยาทุกวัน (Thammakumpee, 2019) อย่างไรก็ตาม วิธีนี้เป็นแค่ทางเลือกหนึ่งของการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยงเท่านั้น ไม่ใช่วิธีกำกับการกินยาที่จะทดแทน Person DOT ได้ทั้งหมด (Rattanasuwan, 2018) ผู้วิจัยจึงได้นำโปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือมาทดลองใช้ตามเวลาจริง (Real time) เพื่อเปรียบเทียบระดับการยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังใช้การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือและเพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ

วัตถุประสงค์วิจัย

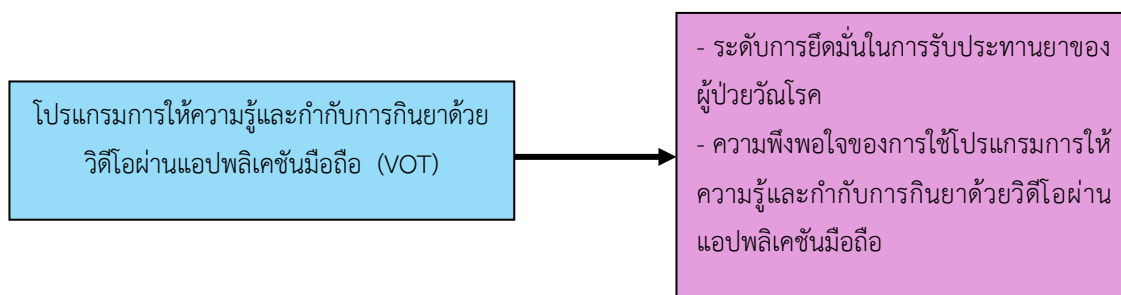
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการยึดมั่นในการรับประทานยาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ

สมมุติฐาน

หลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือกลุ่มทดลองมีคะแนนการยึดมั่นในการรับประทานยาสูงขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยนำแนวคิดการใช้ Telecare (Wongprakornkul, 2020) มาเป็นแนวทางในการจัดการดูแลสุขภาพในระยะทางไกล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูล รวมทั้งระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพผ่านระบบบริการ Application และสื่อต่าง ๆ ที่เข้าถึงง่ายขึ้น สะดวกรวดเร็วขึ้น โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อช่วยให้พี่เลี้ยงสามารถกำกับการกินยาและดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคให้เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ในระยะไกลผ่าน Application line ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนรักษาเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลตรัง ระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน พ.ศ. 2564

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยโปรแกรม G*Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยคำนวณจากการใช้ค่า type II error (type II error หรือ β เรียกว่าเบต้า/Beta ค่า Power = $1 - \beta$) นิยมกำหนดค่า β ร้อยละ 20 จึงได้ค่า Power ร้อยละ 80 ระดับนัยสำคัญ ค่าอัลฟา/alpha หรือ α ซึ่งกำหนดเริ่มต้น (Default) ไว้ที่ 0.05 และค่า Effect size $d = 0.5$ ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ โดยดูจากตารางการประมาณค่าขนาดอิทธิพลที่ Cohen (1977) ได้กำหนดไว้เพื่อคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง จนได้ผลลัพธ์ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 21 คน และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ 4 คน รวมทั้งหมด 25 คน (Naing, Winn, & Rusli, 2006)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่อยู่ในระหว่างได้รับการรักษาโดยการรับประทานยาวัณโรค 1 - 2 เดือน 2) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3) มีโทรศัพท์หรือเครื่องมือสื่อสารที่รองรับการสื่อสารผ่านระบบอินเทอร์เน็ตและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดต่อสื่อสารและใช้วิดีโอคอล และ 4) ยินดีให้ติดต่อทางโทรศัพท์ได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยมีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม เช่น โรคหัวใจวาย โรคกระเพาะปัสสาวะ โรคหลอดเลือดสมองอักเสบเรื้อรัง โรคทางจิตเวช เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยด้วยวิธีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ซึ่งผู้วิจัยใช้วิดีโอคอลผ่าน Application line เป็นช่องทางในการติดต่อระหว่างผู้วิจัย และผู้ป่วยวัณโรค

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

2.1 แบบประเมินการยึดมั่นการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8) เนื่องจาก MMAS-8 เป็นแบบประเมินที่สั้นและเข้าใจง่าย และผู้ป่วยวัณโรคปอดสามารถตอบแบบประเมินได้เองจึงเหมาะสมที่จะนำไปใช้ประเมินพฤติกรรมการยึดมั่นการรับประทานยาของวัณโรครายใหม่ในระยะเวลา 2 เดือนแรก ซึ่งแบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นโดย Morisky, Ang, Krousel-Wood, & Ward (2008) และถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้กระบวนการแปลไปข้างหน้าและแปลย้อนกลับอย่างสมบูรณ์โดย Ingkamanee, Kusuma Na Ayuthya, Puwarawuttiparnit & Peerapatdit (2011)

แบบสอบถามมีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบทั้งหมด 8 ข้อ แบบสอบถามข้อ 1 - 8 ให้เลือกตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ กรณีที่ตอบว่าใช่ ให้คะแนนข้อละ 0 คะแนน และในกรณีที่ตอบว่าไม่ใช่ ให้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน ได้แก่ “ข้อที่ 1 บางครั้งคุณลืมรับประทานยาวัณโรค” “ข้อที่ 2 คุณไม่ได้รับประทานยาวัณโรคเพราะยาหมด” “ข้อที่ 3 เมื่อคุณเดินทางไปสถานที่อื่น ๆ คุณลืมพาวาวัณโรคไปด้วย” “ข้อที่ 4 คุณเคยลืมหือหยุดใช้ยาวัณโรค

โดยไม่ได้ออกแพทย์เพราะรู้สึกแย่งเมื่อรับประทานยา” “ข้อที่ 6 คุณหยุดรับประทานยาวันโรคเมื่อคุณรู้สึกว่าสุขภาพของคุณอยู่ภายใต้การควบคุมแล้ว” ข้อที่ 7 การรับประทานยาวันโรคทุกวันเป็นเรื่องที่ย่งยากสำหรับคุณ” และ “ข้อที่ 8 คุณมีปัญหาในการลืมบ่อยครั้ง” ยกเว้น “ข้อที่ 5 เมื่อวานคุณรับประทานยาหรือยัง” กรณีที่ตอบว่าใช่ให้คะแนน 1 คะแนน และในกรณีที่ตอบว่าไม่ใช่ให้คะแนน 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรค ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	0.00 - 5.99	หมายถึง การยึดมั่นการรับประทานยาอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย	6.00 - 7.99	หมายถึง การยึดมั่นการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	8.00	หมายถึง การยึดมั่นการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก

2.2 แบบบันทึกการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรค และ 2) ตารางการกำกับการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคปอดประจำวัน

2.3 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ความหมายของการให้คะแนนมีดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในการใช้โปรแกรมระดับน้อย
 - 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในการใช้โปรแกรมระดับปานกลาง
 - 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในการใช้โปรแกรมระดับมาก
 - 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจในการใช้โปรแกรมระดับมากที่สุด
- การแปลผลคะแนนเฉลี่ยการประเมินระดับความพึงพอใจดังนี้
- | | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.00 | หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด |
| ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 | หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก |
| ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 | หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง |
| ค่าเฉลี่ย 0.00 – 1.50 | หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย |

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ไปตรวจสอบความถูกต้อง ครอบคลุม ความเหมาะสมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน แล้วจากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ได้เท่ากับ 0.91

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่ต้องมีการยึดมั่นในการรับประทานยาซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา รวมจำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ โดยมีกระบวนการและขั้นตอน ดังนี้

ขั้นก่อนทดลอง

1. ติดต่อและประสานงานกับเจ้าหน้าที่คลินิกโรค เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย

2. ขอข้อมูลรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์มือถือของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร
3. คัดเลือกรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก
4. ติดต่อกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยและข้อมูลอื่น ๆ รวมไปถึงขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยโดยผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนการกรอกแบบฟอร์มเอกสารใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลในเอกสารได้อย่างถูกต้อง
5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างอ่านและทำความเข้าใจเกี่ยวกับเอกสารใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างกด “ยินยอม” พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอีกครั้งแล้วให้กลุ่มตัวอย่างกด “ยืนยัน” และผู้วิจัยขอช่องทางการติดต่อออนไลน์ของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับใช้เป็นช่องทางติดต่อสื่อสารส่งเอกสารหรือแบบประเมินต่าง ๆ
6. สร้างช่องทางการติดต่อออนไลน์และเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม เพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง
7. ส่งแบบประเมินการยึดมั่นการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคในรูปแบบ Google form และชี้แจงวิธีการทำแบบประเมิน ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมิน
8. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำแบบประเมินการยึดมั่นการรับประทานยาผ่านทางระบบออนไลน์ได้ ผู้วิจัยจะติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์มือถือ และจะดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์ และผู้วิจัยได้จดบันทึกคำตอบของผู้ป่วยได้ครบถ้วน ผู้วิจัยอ่านคำถามในแบบประเมิน และทวนคำตอบของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละข้ออีกครั้ง เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบ
9. สอบถามผู้ป่วยวัณโรคเกี่ยวกับข้อมูลการรับประทานยา และเวลาการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
10. รวบรวมและจัดแยกข้อมูล วันและเวลาการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย
11. ติดต่อสื่อสารกับกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายผ่านช่องทางไลน์ นัดหมายวันและเวลา เพื่อที่จะวิดีโอคอลไปหาผู้ป่วยวัณโรคเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยจะต้องรับประทานยาตามแผนการรักษา

ขั้นระหว่างทดลอง

ผู้วิจัย

1. ตั้งค่าเวลาการแจ้งเตือนของนาฬิกาปลุกเมื่อถึงเวลารับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคตามแผนการรักษาของแพทย์บนสมาร์ตโฟน
2. เปิด Application line บนสมาร์ตโฟน
3. เข้าแชทการสนทนาระหว่างผู้ป่วยแล้วกดเลือกที่ปุ่มสัญลักษณ์โทรศัพท์
4. เลือกสัญลักษณ์ Video call เพื่อเริ่มการสนทนากับผู้ป่วย
5. ฝ่าฝืนเหตุการณ์รับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคผ่านช่องทาง Video call โดยให้การสนทนาตามรูปแบบบทสนทนาระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยวัณโรค
6. หลังจากยุติการสนทนา ผู้วิจัยนัดหมายวันและเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป
7. ลงบันทึกการรับประทานยาในตารางบันทึกการรับประทานยาประจำวัน

8. ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์มือถือหรือผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน เพื่อให้กำลังใจและสอบถามเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพ การใช้โปรแกรม และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

กลุ่มตัวอย่าง

1. ตั้งค่าเวลาการแจ้งเตือนของนาฬิกาปลุกเมื่อถึงเวลารับประทานยาของตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์บนสมาร์ตโฟน

2. เปิดแอปพลิเคชันไลน์บนสมาร์ตโฟน

3. เข้าแชทการสนทนาระหว่างผู้วิจัย แล้วกดเลือกที่ปุ่มรับสาย Video call จากผู้วิจัย

4. เริ่มการสนทนากับผู้วิจัย และรับประทานยาต่อหน้ากล้อง และอำปากเมื่อรับประทานเสร็จ เพื่อให้ผู้วิจัยทราบว่าได้กลืนยาลงไปแล้ว

5. กรณีมีข้อสงสัยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพ การใช้โปรแกรมจากผู้วิจัย

6. จดวันและเวลาที่นัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

ขั้นหลังทดลอง

ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์มือถือหรือช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรม ให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิธีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ผ่านทางระบบออนไลน์หรือผ่านการสัมภาษณ์กับทางโทรศัพท์มือถือ โดยดำเนินการดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยวัดโรคทำแบบประเมินการยึดมั่นการรับประทานยาหลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิธีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ผ่านทางระบบออนไลน์หรือผ่านการสัมภาษณ์กับทางโทรศัพท์มือถือ

2. ส่งแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมให้ผู้ป่วยวัดโรคผ่านทางระบบออนไลน์ หรือผ่านการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์มือถือ

3. ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมเพื่อนำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ป่วยไปปรับปรุงพัฒนารูปแบบของโปรแกรมต่อไป

4. กล่าวขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง สรุปกิจกรรมและสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการยึดมั่นในการรับประทานยาภายในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง โดยการทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test พบว่า มีการกระจายแบบโค้งปกติ ($p > 0.05$) จึงเลือกใช้สถิติ Paired- t-test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง (เลขที่ 32/2564) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิอย่างเคร่งครัด โดยการสอบถามความสมัครใจและให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด การรักษาความลับ การนำข้อมูลออกเผยแพร่ในลักษณะภาพรวม รวมทั้งการบอกขูติการให้ความร่วมมือได้ทุกระยะของการวิจัย

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72.00) อายุมากกว่า 55 ปี (ร้อยละ 60.00) รองลงมาอายุอยู่ระหว่าง 36 – 45 ปี (ร้อยละ 28.00) การศึกษาอยู่ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 100.00)

2. ระดับการยึดมั่นในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้โปรแกรมให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐานและระดับการยึดมั่นในการรับประทานยาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ

รายการ	ก่อนทดลอง (n= 25)			หลังทดลอง (n= 25)		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
การยึดมั่นในการรับประทานยา	7.18	0.60	ปานกลาง	8.00	0.47	มาก

จากตาราง 1 พบว่า การยึดมั่นในการรับประทานยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 7.18$, $SD = 0.60$) และระดับการยึดมั่นในการรับประทานยาหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 8.00$, $SD = 0.47$)

3. ระดับการยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนระดับการยึดมั่นในการรับประทานยาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ

รายการ	ก่อนทดลอง (n= 25)		หลังทดลอง (n= 25)		t	p-value
	M	SD	M	SD		
การยึดมั่นในการรับประทานยา	7.18	0.60	8.00	0.47	3.46	.006*

* $p < .05$

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนระดับการยึดมั่นในการรับประทานยาก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		
	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ	3.50	0.51	มาก
2. สามารถแก้ไขปัญหาการลืมรับประทานยาได้	3.41	0.50	มาก
3. สามารถนำไปใช้ได้จริง	3.64	0.51	มากที่สุด
4. ท่านจะนำโปรแกรมนี้ไปบอกต่อหรือแนะนำผู้รับบริการอื่น	3.55	0.51	มาก
5. ใช้งานได้ง่าย/สะดวก/ขั้นตอนไม่ซับซ้อน	3.55	0.51	มาก
ความพึงพอใจในภาพรวม	3.45	0.52	มาก

จากตาราง 3 พบว่า ความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือในภาพรวมในระดับมาก ($M = 3.45$, $SD = 0.52$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ สามารถนำไปใช้ได้จริง ($M = 3.68$, $SD = 0.47$) ส่วนข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ สามารถแก้ไขปัญหาการลืมรับประทานยาได้ ($M = 3.41$, $SD = 0.50$)

อภิปรายผล

1. ค่าเฉลี่ยการยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า การยึดมั่นในการรับประทานยาก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเป็นเพราะในการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับความสะดวกในการรับบริการการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยารักษาวัณโรคคือยาหลายขนาน (Chantana, Maneesriwongul, & Putawatana, 2019) นอกจากนี้การได้มีบริการกระตุ้นโดยการโทรวิดีโอคอลไปหาผู้ป่วยเมื่อถึงเวลารับประทานยาทุกวัน เพื่อประเมินความถูกต้องและให้ข้อมูลป้อนกลับถ้าผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยทั้งในรูปแบบข้อความและชมเชยเมื่อมีการรับประทานยาที่ถูกต้องตรงต่อเวลา โดยผ่านการวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pathaweerasrisutha (2021) ที่พบว่า คะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาด้านวัณโรคในสัปดาห์ที่ 6 เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาด้านวัณโรคในสัปดาห์ที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.05 จากมีการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการรักษายาได้การสังเกตโดยตรงโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่ใช้เวลานาน 6 สัปดาห์ อีกทั้งการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ยังเป็นการช่วยลดอุปสรรคสำคัญในการบริหารจัดการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยงได้ (Zimmer, Heitkamp, Malar, Dantas, O'Brien, Pandita, et al., 2021) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumwichar, Chongsuvivatwong, & Prappre (2021) ที่ได้สร้างแอปพลิเคชัน A-VOT เพื่อ

สังเกตการณ์และติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทย และการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรม “KKU-TB-BOX” ต่อการยึดมั่นในการรักษาวัณโรคด้านกระบวนการรักษาในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกวัณโรค และพบว่าการยึดมั่นในการรักษาวัณโรคด้านกระบวนการรักษามากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามปกติอีกด้วย (Kongkasem, Theeranut & Srichan, 2020)

2. กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.45$, $SD = 0.52$) ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยผู้รับบริการมีความเห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ สามารถแก้ไขปัญหาการลืมรับประทานยาได้ และโปรแกรมใช้งานได้ง่าย สะดวก และผู้รับบริการจะนำโปรแกรมนี้ไปแนะนำผู้รับบริการท่านอื่น อาจเนื่องมาจากการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ ช่วยเพิ่มระยะห่างทางสังคมแก่บุคคล ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การใช้ Telemedicine ในช่วงที่มีแพร่ระบาดของโรคติดต่อเป็นแนวป้องกันด้านแรกของแพทย์ในการชะลอการแพร่กระจายเชื้อ อีกทั้งทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาลง่ายขึ้น (Wongprakornkul, 2020) อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาในประเทศไทยที่แนะนำว่าไม่ควรใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือเป็นมาตรการหลักทดแทนการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยง แต่ควรใช้เป็นเพียงมาตรการ “สนับสนุน” ในการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นเท่านั้น เนื่องจากการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ โดยมองผ่านวิดีโอคอลขณะที่ผู้ป่วยวัณโรครับประทานยานั้น ผู้ป่วยที่ต้องการสร้างท้าวรับประทานยาโดยอาศัยมุมกล้องปิดบังได้ง่ายกว่าการจัดการกำกับการกินยาต่อหน้าพี่เลี้ยงได้ต่อหน้าเจ้าหน้าที่จริงอย่างมาก (Rattanasuwan, 2018)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือที่ใช้เวลานาน 4 สัปดาห์ สามารถทำให้การยึดมั่นในการรับประทานยาของผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้น ข้อเสนอแนะควรใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือโดยมีการให้ข้อมูลป้อนกลับและติดต่อสื่อสารแบบสองทาง เพื่อให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวัณโรค

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และกำกับการกินยาด้วยวิดีโอผ่านแอปพลิเคชันมือถือ และการกำกับการกินยาต่อหน้าแบบมีพี่เลี้ยงต่อการยึดมั่นในการรับประทานยาในผู้ป่วยวัณโรคดียิ่ง
2. ควรศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคในการรับการรักษาด้วยวิธีการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยงต่อหน้า

References

Center for Disease Control and Prevention. (2021). *Core curriculum on tuberculosis: What the Clinician Should Know*. Georgia, USA: CDC.

- Chantana, N., Maneesriwongul, W., & Putawatana, P. (2019). Factors related to adherence to multi-drug resistant tuberculosis treatment. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(3), 298-307. (in Thai)
- Choowong, J., Tillgren, P., & Söderbäck, M. (2018). Directly observed therapy providers' practices when promoting tuberculosis treatment in a local Thai community. *Journal of Public Health in Development Countries*, 4(1), 458-466.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Division of Tuberculosis. (2021). *National tuberculosis control programme guideline, Thailand 2021*. Bangkok: Division of Tuberculosis. (in Thai)
- 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(2), 175-191.
- Ingkamanee, N., Kusuma Na Ayuthya, S., Puwarawuttipanit, W., & Peerapatdit, T. (2011). Effectiveness of promoting a problem-solving ability program on medication adherence in patients with type 2 diabetic. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 56-64. (in Thai)
- Kongkasem, P., Theeranut, A., & Srichan, C. (2020). Effects of innovation “KKU-TB-BOX” on adherence to tuberculosis treatment process. *Journal of Nursing Science & Health*, 43(2), 1-12. (in Thai)
- Kumwihar, P., Chongsuvivatwong, V., & Prappre, T. (2021). Development of a video-observed therapy system to improve monitoring of tuberculosis treatment in Thailand: mixed-methods study. *JMIR Formative Research*, 5(7), e29463. <https://doi.org/10.2196/29463>.
- Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M. & Ward, H. (2008) Predictive validity of a medication adherence measure for hypertension control. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10, 348-354. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
- Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences*, 1(1), 9-14.
- Pathaweesrisutha, P. (2021). Effects of education and treatment using directly observed treatment (DOT) program through line application on anti-tuberculosis medication adherence in patients with pulmonary tuberculosis. *Research and Development Health System Journal*, 14(2), 301-309. (in Thai)
- Rattanasuwan, P. (2018). TB treatment: DOT vs. VOT. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 12(1), 43-47. (in Thai)
- Thammakumpee, G. (2019). *Pulmonary tuberculosis in the 21st century*. (1st ed.). Bangkok: Sahamit Pattana Printing (1992) Company Limited. (in Thai)

- Togun, T., Kampmann, B., Stoker, N.G., Lipman, M. (2020). Anticipating the impact of the COVID-19 pandemic on TB patients and TB control programmes. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 19, 21 <https://doi.org/10.1186/s12941-020-00363-1>
- Trang Provincial Public Health Office. (2021). *Annual report 2020*. Trang: Trang provincial public health office. (in Thai)
- Wongprakornkul, S. (2020). New era of healthcare through business ecosystem and telehealth. *Mahidol R2R e-Journal*, 7(2), 1-15.
- World Health Organization. (2017). *Handbook for the use of digital technologies to support tuberculosis medication adherence*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2021). *Review on palliative care with focus on 18 high tuberculosis priority countries, 2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2021). *WHO global lists of high burden countries for tuberculosis (TB), TB/HIV and multidrug/rifampicin-resistant TB (MDR/RR-TB), 2021 - 2025*. Geneva, Switzerland.
- Zimmer, A. J., Heitkamp, P., Malar, J., Dantas, C., O'Brien, K., Pandita, A., et al. (2021). Facility-based directly observed therapy (DOT) for tuberculosis during COVID-19: A community perspective. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 24, 100248. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2021.100248>.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน
อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

Health literacy and fall prevention behavior among elderly people
in the community Mueang District, Surat Thani Province

ชุลีพร หีตอักษร, รสติกร ขวัญชุม*, ณัฐชา บุญเพ็ง, พันธิภา เพชรเนียน, มณีนุสา สาบวช, อติกานต์ คงมี
และ อชมี บินล่าเต๊ะ

Chuleeporn Heetakson, Rostikorn Khwanchum*, Natcha Bunpheng, Puntipa Phetnian

Maneeya Sabouch, Atikan Kongmee and Asmie Binlateh

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Boromarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: June 15, 2025, Revised: August 15, 2025., Accepted: September 26, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม 2) พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง 365 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 และ 0.82 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 และ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก โดยด้านความรู้และความเข้าใจในการป้องกันการหกล้ม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การรู้เท่าทันสื่อการป้องกันการหกล้ม การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง การสื่อสารในการป้องกันการหกล้ม การตัดสินใจในการป้องกันการหกล้ม และการเข้าถึงข้อมูลและบริการป้องกันการหกล้ม ตามลำดับผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม อยู่ในระดับดีมาก โดยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในทุกด้าน โดยด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($r = 0.494$) ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง ($r = 0.445$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ ($r = 0.426$) ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ($r = 0.389$) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r = 0.386$) มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางทั้งหมด สำหรับด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ($r = 0.285$)

ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ให้กับผู้สูงอายุในการสร้างความเข้าใจ การค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ การให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละรายเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันการหกล้ม, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: rostikorn@bcnsurat.ac.th)

Abstract

This descriptive research aimed to examine: 1) health literacy regarding fall prevention, 2) fall prevention behaviors, and 3) the relationship between health literacy and fall prevention behaviors among elderly individuals in the community of Mueang District, Surat Thani Province. The sample consisted of 365 elderly participants. The research instruments included: 1) a health literacy questionnaire and 2) a fall prevention behavior questionnaire, with content validity indices of 0.80 and 0.82, and reliability coefficients of 0.86 and 0.80, respectively. Data analysis employed descriptive statistics and Pearson correlation analysis.

The findings revealed that elderly participants demonstrated high levels across all dimensions: knowledge and understanding of fall prevention ($M=4.27$, $S.D.=0.70$), access to fall prevention information and services ($M=4.07$, $S.D.=0.77$), communication regarding fall prevention ($M=4.17$, $S.D.=0.77$), self-management of health conditions ($M=4.20$, $S.D.=0.73$), media literacy for fall prevention ($M=4.20$, $S.D.=0.70$), decision-making for fall prevention ($M=4.15$, $S.D.=0.69$), and fall prevention behaviors ($M=4.35$, $S.D.=0.68$). Health literacy in fall prevention demonstrated significant positive correlations with fall prevention behaviors at the 0.01 level across all dimensions. Communication for enhancing expertise showed a moderate correlation ($r=0.494$), while self-management of health conditions ($r=0.445$), media literacy ($r=0.426$), knowledge and understanding of health ($r=0.389$), and decision-making for appropriate practices ($r=0.386$) all exhibited moderate correlations. Access to information and services demonstrated a low correlation ($r=0.285$).

Healthcare organizations should develop comprehensive health literacy enhancement programs for elderly individuals, focusing on improving understanding, health information seeking skills, and providing specific guidance tailored to each individual's life context to facilitate behavioral changes in fall prevention. Additionally, programs should be established to develop health-related decision-making skills that are appropriate for elderly individuals and can be effectively implemented in their daily lives.

Keywords: Health Literacy, Fall Prevention Behaviors, Elderly

บทนำ

ในปัจจุบันทั่วโลกมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลกจาก 8,000 ล้านคน (World Health Organization, 2023) ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับสองของกลุ่มประเทศอาเซียน

รองลงมาจากประเทศสิงคโปร์ คิดเป็นร้อยละ 19 (Foundation for Thai Gerontology Research and Development Institute, 2023) ในวัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น การเสื่อมของระบบประสาทและการรับรู้ ส่งผลให้ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ช้าลง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพตามวัย ปัญหาที่พบตามมาของผู้สูงอายุคือ การหกล้ม ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ทำให้ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ (Department of Older Persons, 2023) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่สำคัญ คือ ผู้สูงอายุอาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุ เกิดการหกล้มทุกปีหรือปีละกว่า 3 ล้านราย ร้อยละ 20 ของผู้หกล้มเกิดการได้รับบาดเจ็บ จากข้อมูลพบว่า การหกล้มทำให้มีการบาดเจ็บบริเวณต้นขา ข้อสะโพก และมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี การหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (ในกลุ่มของการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจ) สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ ทุพพลภาพและเสียชีวิตกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว คนรอบข้าง และผู้ดูแล (Department of Disease Control, 2024)

การหกล้ม คือ การสูญเสียการทรงตัว ทำให้แขน ขา หรือส่วนอื่น ๆ ในร่างกายเกิดการกระทบกับพื้นหรือสิ่งแวดล้อมทำให้ได้รับบาดเจ็บทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีความมั่นใจในการใช้ชีวิตและอาจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมอย่างรุนแรง (Tasuwanin, 2016) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่ถูกต้อง ขาดการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ขาดการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ขาดการได้รับข้อมูลข่าวสารและสภาพความปลอดภัยที่ไม่เหมาะสมของที่อยู่อาศัยทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก (Poomriew, 2022) ดังนั้น การที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีความสามารถในการดูแลและรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่าง ๆ รวมไปถึงหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพก็จะสามารถดูแลตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (Kaeodumkoeng, 2018)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ในระดับความสามารถในการคิดด้วยปัญญา และการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และการรับบริการทางสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข การใช้สื่อต่างๆ และการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกัน และรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ (Intarakamhaeng, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 3 ระดับ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Intarakamhaeng, 2017) ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพขั้นสูง จะสามารถนำแนวทางปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพไปใช้อย่างชำนาญและค้นหาข้อมูลที่มีคุณภาพ ซึ่งจะเสริมทักษะการดูแลและปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (Wungrath & Mongkol, 2020) จากการศึกษาของ Luehan, Narin & Sripetwande (2023) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ มีการใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เพื่อป้องกันการหกล้ม ตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) สามารถส่งเสริมทักษะใหม่ให้ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาก่อนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้มีการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำดีขึ้น การศึกษาของ Pensuk, Valaisathien & Thangtham (2025) พบว่าภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Kittipimpanon & Krithaworn (2021) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการหกล้มและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุยังมีจำนวนจำกัด การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม นอกจากนี้การศึกษที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาในบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่เฉพาะเจาะจง โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย

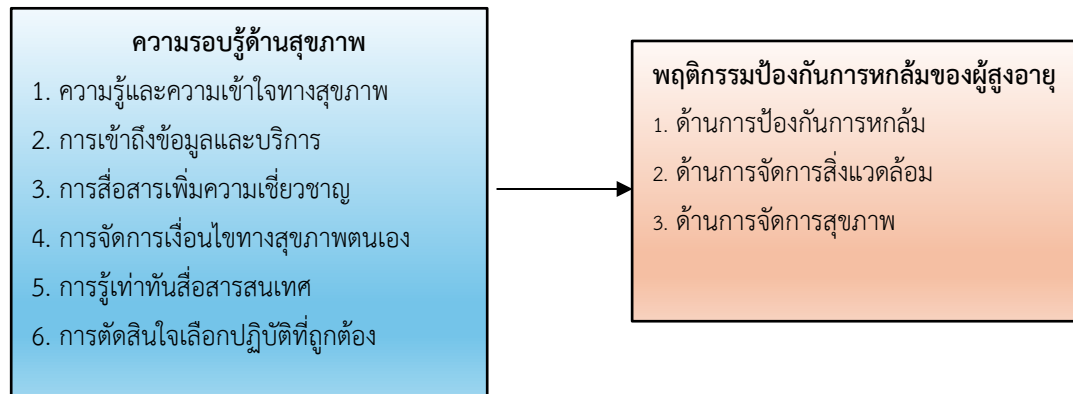
จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2565 - 2566 จำนวน 1,534.36 และ 2,807.46 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน มีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Disease Control, 2024) การพลัดตกหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บรุนแรง เช่น ภาวะเลือดคั่งในสมอง กระดูกหัก เนื้อเยื่อฉีกขาด ส่งผลให้เกิดอันตรายจนนำไปสู่การเสียชีวิต (Hongchuvech, 2024) นอกจากนี้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในการเคลื่อนไหว วิตกกังวลต่อการเป็นภาระแก่ครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ไม่เหมาะสม (Sawangbumrung, Chairporn, & Vongverapant, 2024) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มได้ดี ขณะที่ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำอาจมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำสูงขึ้น ฉะนั้น หากทราบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม จะสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ นำไปสู่การดูแลตนเองที่ดียิ่งขึ้น และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเชื่อว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เหมาะสม ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive cross sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 14,567 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรตารางสำเร็จรูป Krejcie & Morgan (1970) เพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรที่สนใจ เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 คน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ใน อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 3) สามารถอ่านและเขียนได้ พุดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง 4) สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ประเมิน Brathel ADL index ได้ 12 คะแนนขึ้นไป 5) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยหรือไม่สมัครใจที่จะตอบคำถามแบบสอบถาม และ 2) มีอาการไม่สบายหรือเจ็บป่วยกะทันหันจนไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จำแนกจำนวนผู้สูงอายุ 11 หน่วยบริการปฐมภูมิ สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณสัดส่วนประชากรในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง = (จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด × จำนวนประชากรในแต่ละชั้นภูมิ) / จำนวนประชากรทั้งหมด

2. จากนั้นสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุ แต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทางด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 30 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพน้อยที่สุด (1 คะแนน)

การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ (Srisa-ard, 2017) คือ ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50) ระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50) และระดับดีมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 คะแนน) ถึงไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน)

การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ (Srisa-ard, 2017) คือ ระดับน้อยที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50) ระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50) ระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50) และระดับดีที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน อาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน คุณภาพเครื่องมือวิจัย คือ 1) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม นำไปหาค่าความสอดคล้อง (IOC) ได้เท่ากับ 0.80 และ 0.82 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.86 และ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอคำรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และลงพื้นที่ชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามที่ใช้
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามพร้อมรวบรวมรับกลับด้วยตนเอง และตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับ เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูลลำดับต่อไป
3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรอบรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม
2. สถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ได้แก่ 1) การแจกแจงของประชากรของ 2 ตัวแปรเป็นโค้งปกติ 2) ความสัมพันธ์ของ 2 ตัวแปรเป็นแบบเส้นตรง และ 3) ตัวแปรมีการวัดระดับช่วง (Interval Scale) จะใช้ตัวเลขของค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ ค่าเข้าใกล้ -1 หรือ 1 โดยใช้เกณฑ์ของ (Davis, 1971) ดังนี้

ค่า r มีค่าเท่ากับ	0	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ค่า r มีค่าตั้งแต่	0.01 ถึง 0.09	มีความสัมพันธ์กัน ต่ำมาก
ค่า r มีค่าตั้งแต่	0.10 ถึง 0.29	มีความสัมพันธ์กัน ต่ำ
ค่า r มีค่าตั้งแต่	0.30 ถึง 0.49	มีความสัมพันธ์กัน ปานกลาง
ค่า r มีค่าตั้งแต่	0.50 ถึง 0.69	มีความสัมพันธ์กัน สูง
ค่า r มีค่ามากกว่า	0.70 ถึง 1.00	มีความสัมพันธ์กัน สูงมาก

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เอกสารรับรองเลขที่ 2567/39 วันที่รับรอง 5 กันยายน 2567 โดยข้อมูลที่ได้อาจทำการวิเคราะห์

ในภาพรวม และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.80 มีอายุในช่วง 71 - 80 ปี ร้อยละ 48.80 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.10 มีรายได้ในช่วง 501 - 1,000 บาท ร้อยละ 39.5 มีผู้ดูแล คือ บุตรหลาน ร้อยละ 54.00
2. ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยรวมและรายด้าน (n=365)

ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	M	S.D.	ระดับ
ด้านความรู้และการเข้าใจทางสุขภาพ	4.27	0.70	ดีมาก
การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	4.07	0.77	ดีมาก
การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	4.17	0.77	ดีมาก
การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง	4.20	0.73	ดีมาก
การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ	4.20	0.70	ดีมาก
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	4.15	0.69	ดีมาก
รวม	4.17	0.72	ดีมาก

จากตาราง 1 พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (M= 4.17, S.D.= 0.72) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านความรู้และการเข้าใจทางสุขภาพป้องกันการหกล้ม (M= 4.27, S.D.= 0.77) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ (M= 4.07, S.D.= 0.77)

. ระดับพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยรวมและรายด้าน (n=365)

พฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม	M	S.D.	ระดับ
ด้านการป้องกันการหกล้ม	4.46	0.66	ดีมาก
ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม	4.36	0.64	ดีมาก
ด้านการจัดการสุขภาพ	4.24	0.74	ดีมาก
รวม	4.35	0.68	ดีมาก

จากตาราง 2 พบว่า ระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนภาพรวม อยู่ในระดับดีมาก ($M=4.35$, $SD=0.68$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการป้องกันการหกล้ม ($M= 4.46$, $SD= 0.66$) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อม ($M= 4.36$, $SD= 0.64$) และด้านการจัดการสุขภาพ ($M= 4.24$, $SD= 0.74$) อยู่ในระดับดีมาก

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ	0.389	< 0.001	ปานกลาง
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ	0.285	< 0.001	ต่ำ
3. การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ	0.494	< 0.001	ปานกลาง
4. การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง	0.445	< 0.001	ปานกลาง
5. การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ	0.426	< 0.001	ปานกลาง
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.386	< 0.001	ปานกลาง
ภาพรวม	0.404	< 0.001	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในทางบวกทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ($r= 0.389$) ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ ($r= 0.494$) ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง ($r= 0.445$) ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ ($r= 0.426$) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r= 0.386$) มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับด้านที่มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ($r= 0.285$) เมื่อพิจารณาผลรวมของทุกด้าน พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($r= 0.404$, $p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้ดี

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผล ได้ดังนี้

1. การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า 1) ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้และการเข้าใจทางสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม อยู่ในระดับดีมาก ($M= 4.27$, $S.D.= 0.77$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความตระหนักในการดูแลตนเอง มีการทำความเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้ม จากการที่ผู้ดูแลแนะนำการปฏิบัติตน สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) คือ การสร้างความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) ในการปฏิบัติการป้องกันการหกล้มซ้ำ การสื่อสาร การซักถามเพื่อตรวจสอบความรู้กับบุคคลอื่นและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรมีในการให้ความรู้แก่

ผู้สูงอายุ และครอบครัวในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (Poomriew, 2022) 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการในการป้องกันการหกล้ม อยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.07$, $S.D. = 0.77$) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีการแสวงหา ค้นหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น สามารถค้นหาแหล่งบริการทางด้านสุขภาพได้ สามารถค้นหาข้อมูลการบริการล้ามนี้อัตโนมัติจากผู้รู้ สื่อออนไลน์ สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันการหกล้มได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Saengkeaw & Chansong (2024) พบว่าการเสริมสร้างความสามารถทักษะของผู้สูงอายุในการค้นหาข้อมูลสุขภาพที่เข้าถึงได้เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพทางดิจิทัล 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการสื่อสารในการป้องกันการหกล้ม อยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.17$, $S.D. = 0.77$) เห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีการสนทนาแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการหกล้มกับบุคลากรทางสุขภาพได้ มีการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องครัวเพื่อป้องกันการหกล้มกับ บุคลากรทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mark, Henry, Moreland, Dobash, & Bergen (2025) พบว่าการหกล้มสามารถป้องกันได้ และการพูดคุยกับบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพในการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.20$, $S.D. = 0.73$) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้เวลากับการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม ตั้งเป้าหมายและวางแผนเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของ Nutbeam (2000) ว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงจะสามารถวางแผน และตั้งเป้าหมายเพื่อการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุหากมีการวางแผน ตั้งเป้าหมาย จัดการเงื่อนไขที่ดี จะสามารถป้องกันการหกล้มได้ 5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศในการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.20$, $S.D. = 0.70$) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้ว่าต้องหาข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อตรวจสอบข้อมูลก่อนที่จะเชื่อหรือทำตาม ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพจึงมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีและสื่อดิจิทัลทางด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ ทันสมัย รู้เท่าทัน และเหมาะสมกับผู้สูงอายุเฉพาะรายเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองในชีวิตประจำวันได้จริง (Chatchaisucha & Ananpattiwet, 2023) 6) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการป้องกันการหกล้ม อยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.15$, $S.D. = 0.69$) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักสอบถามจากผู้ดูแลหรือบุคลากรทางสุขภาพ เกี่ยวกับความถูกต้องของการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เพื่อป้องกันการหกล้ม มีการเปรียบเทียบข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวป้องกันการหกล้มจากหลายแหล่งข้อมูล เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarapun, Sirisophon, Kainaka, Onsiri, Outayanik, Thirawachjareanchai & Sukomol (2017) พบว่า ต้องมีการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการหกล้ม เช่น ความสามารถในการออกกำลังกายเพื่อฝึกทรงตัว การเปลี่ยนอิริยาบถของตนเองอย่างช้าๆ เป็นต้น เพราะเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มได้ จะสามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มได้เช่นกัน ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีอายุ 71–80 ปี และระดับการศึกษา ประถมศึกษา ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.15-4.27$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง การสนับสนุนจากผู้ดูแล ครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงการออกแบบกิจกรรมและสื่อที่เหมาะสม ช่วยเพิ่มความเข้าใจและ

ความสามารถในการป้องกันการหกล้ม สอดคล้องกับแนวคิด Health Literacy ของ Nutbeam (2008) ที่เน้นการสร้างความรู้และความเข้าใจเพื่อการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

2. พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.35$, $SD = 0.68$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kittipimpanon & Kraithaworn (2021) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยเฉพาะในบริบทชุมชน ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ดีขึ้น และการศึกษาของ Tiparat, Rodniam, & Suwanweala (2022) ประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่าโปรแกรมช่วยเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและความสมดุลของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการหกล้ม และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน การหกล้มของผู้สูงอายุในทางบวกทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลต่อความสามารถในการเข้าใจ การนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจ การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และปลอดภัย โดยด้านความรู้ และความเข้าใจทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.389$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการหกล้ม จากผู้ให้บริการสุขภาพหรือครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Saenwa, Wattanaburanon, & Maharachpong (2022) พบว่า การเยี่ยมบ้านเพื่อกระตุ้นและผลักดันให้ครอบครัว กลุ่มเพื่อน ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ รักห่วงใย เห็นอกเห็นใจ ด้วยการให้คำแนะนำ หรือคำตักเตือนกัน รวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุขและอส. ให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่างๆ ในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่งผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันการหกล้มอย่างชัดเจน ในด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.494$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stormacq, Wosinski, Boillat, & Van den Broucke (2020) พบว่า การที่ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารและรับข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการตัดสินใจในการป้องกันการหกล้มได้อย่างเหมาะสม ในด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ($r = 0.445$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Liu, Yu, Xu, Gong, Huo, & Huang (2024) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยเฉพาะในด้านการจัดการเงื่อนไขสุขภาพตนเองและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ในด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ($r = 0.426$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zolbin, Huvila, & Nikou (2022) พบว่าการประเมินความสัมพันธ์ระหว่างทักษะความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกับการตัดสินใจเลือกใช้แพลตฟอร์มบริการสุขภาพดิจิทัล การจัดกิจกรรมโดยการเข้าใจสมรรถนะของผู้สูงอายุ จะช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการค้นหา ประเมิน และใช้ประโยชน์จากข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้องให้กับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ($r = 0.386$) ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่จะปฏิบัติตน ในการป้องกันการหกล้มได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษา Wisetkaew & Suwan (2024) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้ม มีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ดังนั้นควรส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและการมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันการหกล้ม สำหรับด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับต่ำ ($r = 0.285$) แสดงให้เห็นว่านอกจากการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม เช่น การเข้าถึงสื่อสารสนเทศ ความเข้าใจที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ข้อมูล ตลอดจนความเหมาะสมของระบบบริการสุขภาพที่มีต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งการสร้าง ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำข้อมูลไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มที่ดีขึ้น (Krearprasert, Kengganpanich & Pekale, 2023)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ให้กับผู้สูงอายุในการสร้างความเข้าใจ การค้นหาข้อมูลทางสุขภาพ การให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจง และเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละรายเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
2. ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติทางสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ เช่น กิจกรรมการจำลองสถานการณ์ฝึกการตัดสินใจในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันการหกล้ม
3. ควรมีการพัฒนากระบวนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ผ่านทางช่องทางสุขภาพที่หลากหลายสำหรับผู้สูงอายุ เข้าถึงได้ง่าย เช่น ช่องทาง Line Group ชมรมผู้สูงอายุ Facebook โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่องทาง อสม. เสียงตามสายของชุมชน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถของผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความเข้าใจในการใช้บริการสุขภาพ ตามบริบทของพื้นที่การวิจัย
2. ควรพัฒนาโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพและทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในการป้องกันการหกล้ม
3. ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเงื่อนไขสุขภาพตนเองและการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ ของผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

References

- Chatchaisucha, S., & Ananpattiwet, S. (2023). Health literacy in elderly: Guidelines for health promotion in the 21st century. *Journal of the Police Nurses*, 15(1), 135–142.
- Department of Older Persons. (2023). *Situation of the Thai older persons 2023*. Department of Older Persons. Retrieved 2025, January 9 from <https://www.dop.go.th/th/known/side/1/1/2449>. (in Thai)
- Department of Older Persons. (2023). *General information for the elderly*. Retrieved 2025, January 9 from https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=1. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2024). *[FP] Fall data (W00–W19)*. Retrieved 2025, January 9 from <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode>. (in Thai)
- Davis, J. A. (1971). *Elementary survey analysis*. New Jersey: Prentice Hall.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). (2023). *Situation of the Thai older persons 2022*. Bangkok: Amarin Corporations Public Company Limited. (in Thai)
- Hongchuvech, Y. (2024). Reducing the risk factors of falls in the elderly. *EAU Heritage Journal of Science and Technology*, 18(1), 32–43.
- Intarakamhaeng, U. (2017). *Creating and developing of Thailand Health Literacy Scales*. (Research report). Bangkok: The Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Kittipimpanon, K., & Kraithaworn, P. (2021). Association between personal factors, health status, and health literacy about falling, with fall prevention behaviors among older adults living in the community. *Ramathibodi Nursing Journal*, 27(3), 331–342.
- Kaeodumkoeng, K. (2018). *Health literacy: access, understanding, and application*. 2nded. Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public. (in Thai).
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Kreaprasert, R., Kengganpanich, M., & Pekale, A. (2023). The predictive factors associated with fall prevention behavior of elderly people in Bang Khen Subdistrict Health Promoting Hospital Area, Nonthaburi province. *Thai Journal of Health Education*, 46(1), 94–106.

- Liu, F., Yu, H., Xu, Q., Gong, J., Huo, M., & Huang, F. (2024). Risk Assessment of Falls Among Older Adults Based on Probe Reaction Time During Water-Carrying Walking. *Clinical interventions in aging, 19*, 21–29.
- Luehan, S., Narin, R., & Sripetwandee, N. (2024). Effect of a health literacy for fall prevention enhancing program on practices of recurrent fall prevention among the elderly in communities. *Nursing Journal CMU, 51*(2), 150–164.
- Mark, J. A., Henry, A., Moreland, B., Dobash, D., & Bergen, G. (2025). Assessing older adults' readiness for adopting fall prevention recommendations using the Transtheoretical Stages of Change. *Journal of Applied Gerontology, 44*(5), 726–736.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–8.
- Pensuk, P., Valaisathien, J., & Thangtham, N. (2025). The effects of enhancing health literacy program on falls prevention behaviors among village health volunteer in a community, Nakhon Ratchasima province. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima, 31*(2), 5–17.
- Poomriew, R. (2022). Fall prevention in Thai older adults. *Thai Journal of Health Education, 45*(2), 1–10.
- Sawangbumrung, M., Chairporn, N., & Vongverapant, M. (2024). Literature synthesis on falls of the elderly in the year 2013–2022. *Regional Health Promotion Center 9 Journal, 18*(3), 918–934.
- Saengkeaw, S., & Chansong, S. (2024). Scale development of digital health literacy for the elderly. *Journal of Business, Innovation and Sustainability (JBIS), 19*(3), 136–150.
- Sarapun, A., Sirisopon, N., Kainaka, P., Onsiri, S., Outayanik, B., Threrawachjareanchai, S., & Sukomol, N. (2017). Factors Related to a Fall Prevention Behaviors of Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 18*(Suppl. 1), 215–222.
- Saenwa, S., Wattanaburanon, A., & Maharachpong, N. (2022). Effect of fall prevention program based on health belief model and social support on fall prevention behaviors among the elderly in Kochan district Chonburi. *Province Research and Development Health System Journal, 15*(2), 214–227.
- Srisa-ard, B. (2017). *Preliminary research*. (10th ed.). Bangkok: Suweeriya Sarn.

- Stormacq, C., Wosinski, J., Boillat, E., & Van den Broucke, S. (2020). Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: A systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(7), 1389–1469.
- Tasuwanin, T. (2016). Falls in the elderly. *UBRU Journal for Public Health Research*, 5(2), 119–131.
- Tiparat, W., Rodniam, J., & Suwanweala, P. (2022). The effects of an enhancing health literacy program with family participation on health literacy of caregivers, fall prevention behaviours, and balance of older adults at risk for fall. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 14(3), 72–91.
- Wungrath, J., & Mongkol, P. (2020). Effectiveness of a health literacy enhancement program for caregivers of dependent older persons in a community of the Northern Part, Thailand. *Journal of Public Health and Development*, 18(2), 24–36.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing*. Retrieved 2025, January 9 from <https://www.who.int/southeastasia/news/feature-stories/detail/thailands-leadership-and-innovation-towards-healthy-ageing>
- Wisetkaew, S., & Suwan, P. (2024). The causal relationship model of factors influencing fall prevention behaviors of the elderly in Lopburi Province. *Journal of Medical and Public Health Region 4*, 14(2), 1–12.
- Zolbin, M. G., Huvila, I., & Nikou, S. (2022). Health literacy, health literacy interventions and decision-making: A systematic literature review. *Journal of Documentation*, 78(7), 405–428.

พฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน
ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต

Behavior of Food Sanitation Operations of Administrator and Worker
in Phuket Provincial Administrative Local Government Organizations

ฐาปกรณ์ อินทบวร^{1*}, อารยา ประเสริฐชัย² และ ปธานิน แสงอรุณ²

Thapakorn Intabovorn^{1*}, Araya Prasertchai² and Pathanin Sangaroon²

¹นักศึกษาสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

²สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

¹Student of School of Health Science, Sukhothai Thammathirat Open University

²Health science field Major in Public Health Sukhothai Thammathirat Open University

(Received : April 8, 2025, Revised : July 4, 2025, Accepted : July 31, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม การดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 2) ปัจจัยที่ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 102 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบเครื่องมือด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.67 – 1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ ปัจจัยนำ เท่ากับ 0.87 ปัจจัยเอื้อ เท่ากับ 0.78 ปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.86 และพฤติกรรมการดำเนินงาน เท่ากับ 0.72 สถิติที่ใช้ในการ วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และถดถอยพหุคูณเชิงเส้น

ผลการศึกษา พบว่า 1) ปัจจัยนำ ส่วนใหญ่ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100.00) ปัจจัยเอื้อ ส่วนใหญ่ทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 98.04) และปัจจัยเสริม ส่วน ใหญ่การได้รับการอบรมเสริมความรู้ อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 100) ส่วนพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาล อาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 90.20) และ 2) ปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลสามารถทำนายพฤติกรรม การดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต ได้ ร้อยละ 79.9

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อหาข้อมูล และควรครอบคลุมถึง ผู้ประกอบการร้านอาหาร ผู้บริโภค หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและ ครอบคลุมทุกมิติของระบบสุขาภิบาลอาหาร และเพื่อให้เห็นผลกระทบเชิงประจักษ์ของการดำเนินงานด้าน สุขาภิบาลอาหาร ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการดำเนินงานกับผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ

คำสำคัญ พฤติกรรม, สุขาภิบาลอาหาร, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

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

Abstract

This research aimed to study 1) personal factors, leading factors, enabling factors, and reinforcing factors, of Food Sanitation Operations of Administrators and Workers in Phuket Provincial Administrative Local Government Organizations, and 2) personal factors, leading factors, enabling factors, and reinforcing factors that affect food sanitation behavior of Administrators and Workers in Phuket Provincial Administrative Local Government Organizations. This research is a cross-sectional descriptive study. The population studied is 102 Administrators and food sanitation workers in 18 local administrative organizations in Phuket Province. All population units were examined. Data were collected using a questionnaire. The reliability values were 0.87, 0.78, 0.86, and 0.72, respectively. The statistics used for data analysis were descriptive statistics and linear multiple regression.

The results of the study found that 1) the majority of the population were male (63.73%), aged 50 years and over (54.90%), had a bachelor's degree (76.47%), held management positions (70.59%), had an average income of over 20,000 baht (70.58%), and had been working for 3-5 years (37.25%). The analysis of factors affecting food sanitation behavior found that the leading factor, knowledge of food sanitation, was at a high level (100%), the enabling factor, personal skills related to the work, was at a high level (98.04%), and the reinforcing factor, receiving additional knowledge training, was at a high level (100%). As for food sanitation behavior, it was at a moderate level (90.20%). 2) Personal factors, leading factors, enabling factors, and reinforcing factors were significantly related to behavior at a statistical level of 0.01, where leading factors and enabling factors influenced the prediction of food sanitation behavior among administrators and Workers in Phuket Provincial Administrative Local Government Organizations. At the significance level of 0.05, it reached 79.9 %.

Recommendations from the study: This research found that food sanitation operation behaviors were at a moderate level. Therefore, experimental research should be conducted to obtain more detailed information. Future studies should also include restaurant operators, consumers, and public health personnel to provide diverse perspectives and cover all dimensions of the food sanitation system.

Keywords: Behavior, Food Sanitation, Local Government Organization

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดความมั่นคงทางอาหารเป็นเป้าหมายที่ 2 ของการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ที่มุ่งขจัดความหิวโหย บรรลุ “ความมั่นคงทางอาหาร” ปรับปรุงโภชนาการ และสนับสนุนเกษตรกรรมอย่างยั่งยืน จากข้อมูล Global Food Security Index (GFSI) ที่จัดทำและรายงานสถานการณ์ความมั่นคง

ทางด้านอาหารของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก 113 ประเทศ พบว่า ในปี 2564 ประเทศไทย มีความมั่นคงด้านอาหารอยู่ในอันดับที่ 51 จาก 113 ประเทศทั่วโลก โดยมีคะแนนอยู่ที่ 64.5 จาก 100 คะแนน เพิ่มขึ้นจากปี 2563 ที่มีคะแนนอยู่ที่ 63.6 คะแนน ซึ่งไทยอยู่ในอันดับสูงเป็นอันดับที่ 9 ในกลุ่มประเทศเอเชียแปซิฟิก และอันดับที่ 15 ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง (Office of the National Economic and Social Development Council, 2023) ซึ่งประเทศไทย เริ่มต้นดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 จนถึงปัจจุบัน โดยเริ่มจากการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขาภิบาลอาหาร และถ่ายทอดไปยังหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง การจัดงบประมาณและสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รวมทั้งการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ได้ถูกบรรจุเข้าในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยการเร่งพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการค้าอาหาร โดยเฉพาะในเขตเมืองเป็นหลัก แล้วกระจายสู่ครัวเรือนชนบท รวมทั้งพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร (Bureau of Food and Water Sanitation, Department of Health, Ministry of Public Health, 2020)

ประเทศไทย เริ่มต้นดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 จนถึงปัจจุบัน โดยเริ่มจากการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขาภิบาลอาหาร และถ่ายทอดไปยังหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องการจัดงบประมาณและสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 รวมทั้งการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ได้ถูกบรรจุเข้าในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยการเร่งพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการค้าอาหาร โดยเฉพาะในเขตเมืองเป็นหลักแล้วกระจายสู่ครัวเรือนชนบท รวมทั้งพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาแผนงานโครงการที่สำคัญตามนโยบายรัฐบาล รวมถึงการกระจายอำนาจให้หน่วยราชการส่วนท้องถิ่นดำเนินงานในเขตพื้นที่รับผิดชอบต่อมาในปี พ.ศ. 2515 โครงการสุขาภิบาลอาหาร กระทรวงสาธารณสุข ได้รับอนุมัติจากสภาพนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จัดตั้งโครงการสุขาภิบาลอาหาร เป็นโครงการสำรองในแผนพัฒนาสาธารณสุขเพื่อดำเนินการให้ผู้บริโภคได้รับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัยจากแหล่งผลิตจำหน่ายอาหารทั่วประเทศ และในปี พ.ศ. 2516 กระทรวงสาธารณสุขได้นำโครงการสุขาภิบาลอาหารเสนอต่อคณะรัฐมนตรีอีกครั้ง ซึ่งได้รับอนุมัติและให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเพื่อกำหนดโครงการดังกล่าว (Bureau of Food and Water Sanitation, Department of Health, Ministry of Public Health, 2020) โดยสถานการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหารในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2521 - 2563 พบจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยมา โดยสถานการณ์โรคอาหารเป็นพิษในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยร้อยละ 89.33 และเสียชีวิต 1 ราย การพยากรณ์โรคคาดว่ามีโอกาสพบผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษเพิ่มมากขึ้น (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) จังหวัดภูเก็ตมีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนอยู่ระหว่าง 42.00 - 82.62 ใกล้เคียงกับระดับประเทศ จากรายงานผู้ป่วยต่ำสุดในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 175 ราย หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2565 อัตราป่วย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 346 ราย ซึ่งอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รายงานผู้ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนอยู่ระหว่าง 1,208.75 - 2,075.05 รายงานผู้ป่วยต่ำสุดในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 5,036 ราย หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2565 อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 8,690 ราย ซึ่งอัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น Center of Epidemiological Information, Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health, 2020)

จังหวัดภูเก็ต มีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ Phuket City Of Gastronomy เป็นยุทธศาสตร์การยกระดับคุณภาพอาหารและคุณภาพชีวิตเพื่อคนแห่งการท่องเที่ยวด้านอาหาร (Phuket Province, 2017) โดยสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้ประกอบการด้านอาหาร และพัฒนาระบบเฝ้าระวังคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร สร้างให้อาหารในภูเก็ตมีมูลค่าเพิ่มขึ้น รวมถึงจัดให้มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารให้เป็นที่ยอมรับแก่นักท่องเที่ยวในระดับสากล สร้างความภูมิใจให้กับผู้มาเยือนได้อย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องดำเนินงานตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญที่จะส่งผลต่อประสิทธิภาพ ประสิทธิผล การจัดการสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่และยังเป็นการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ (Phruetkipinyoy, 2017) โดยการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหาร เป็นการจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อม รวมทั้งบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาหารหรือสิ่งที่บริโภคเข้าสู่ร่างกาย เพื่อให้อาหารสะอาด ปลอดภัย ปราศจากเชื้อโรค หนองพยาธิ และสารเคมีที่อาจก่ออันตรายต่อร่างกาย รวมถึงการดำรงชีวิตของผู้บริโภค ซึ่งการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การรับรองสถานประกอบการกิจการ 2) การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการผู้สัมผัสอาหาร 3) การแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสุขาภิบาลอาหาร 4) การเฝ้าระวังด้านสุขาภิบาลอาหาร และ 5) การสื่อสารสาธารณะด้านสุขาภิบาลอาหาร (Silapathat & Buaphan, 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พบว่า โดยภาพรวมการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร และภาพรวมการมีส่วนร่วมในงานสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Moolsri, Senahat, Phimha, & Prasit, 2023) ทั้งนี้ ปัจจัยนำการปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ให้ประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์การด้านงบประมาณ บุคลากร และการบริหารจัดการที่เพียงพอและสอดคล้องกับปัญหาและบริบทในพื้นที่ (Silapathat & Buaphan, 2023) และนอกจากนี้ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมในทักษะที่จะสามารถช่วยส่งเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ด้านความรับผิดชอบ ให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก รองลงมาคือด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว ด้านสภาพการทำงาน ด้านการได้รับการยอมรับ ด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา ด้านสถานะของอาชีพ ด้านความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา และด้านนโยบายการบริการ ด้านโอกาสที่ได้รับความก้าวหน้าในอนาคต และด้านความมั่นคงในงาน ด้านการปกครองบังคับบัญชา ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ ด้านเงินเดือน/ค่าตอบแทน และน้อยที่สุด ด้านความก้าวหน้า ตามลำดับ (Monsprasith, 2015) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมการทำงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

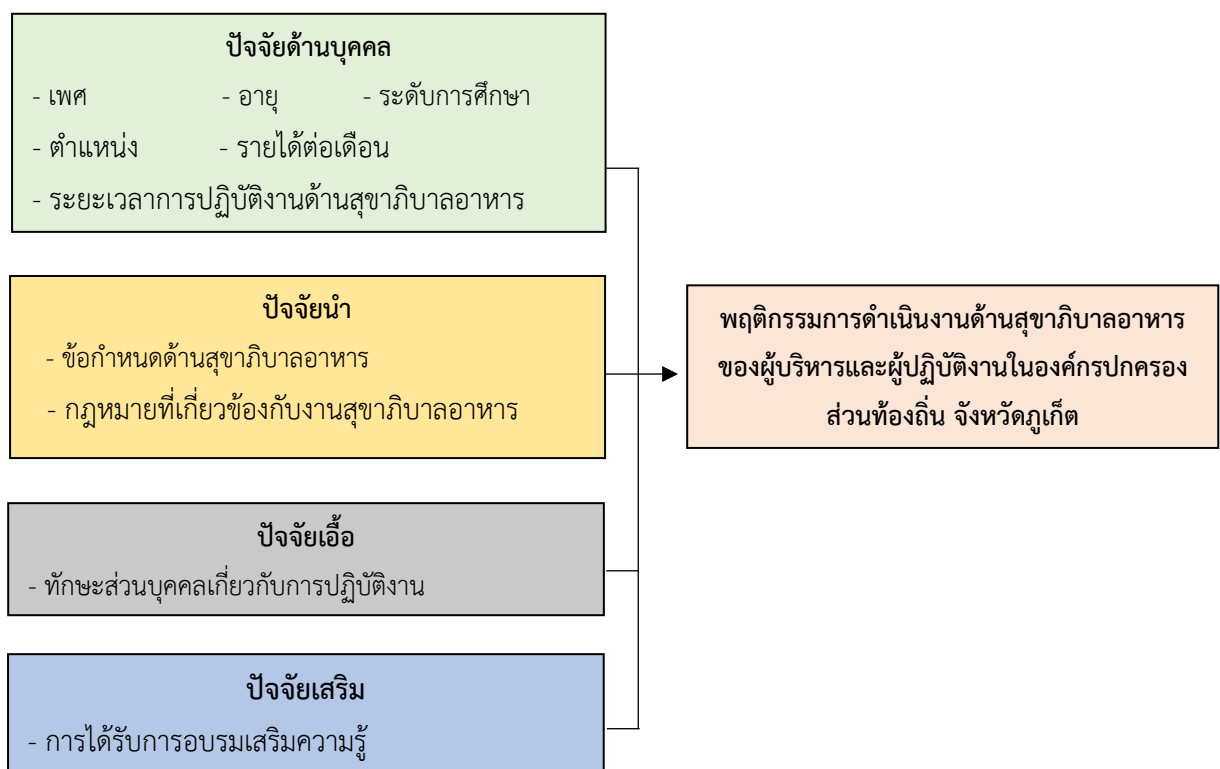
1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการทำงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด PRECEDE– PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขศึกษาของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของ Green & Krueter และทั้งภาครัฐ และมูลนิธิ Kriser Family Foundation การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไปเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (Ua-Kit & Pensri, 2019)

การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEED ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกล นอกจากกิจกรรมทางด้านการศึกษา/ สุขศึกษาแล้ว ยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการ และเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงกระบวนการดำเนินชีวิตที่มีสุข (Healthful lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มากยิ่งขึ้น ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต ได้แก่ นายก รองนายก ปลัด และผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหาร รวมทั้งสิ้น 138 คน

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ (Krejcie & Morgan, 1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ผลลัพธ์ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน สำหรับการเก็บข้อมูลใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากรายชื่อจนได้ครบตามจำนวนที่

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) สามารถอ่าน เข้าใจภาษาไทย และสามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ 2) สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน 3) มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขาภิบาลอาหาร ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ขาดข้อมูลในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเองจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวข้อง และทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านสุขาภิบาลอาหาร เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 30 ข้อ ได้แก่ ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานสุขาภิบาลอาหาร ข้อคำถามมีลักษณะเป็นการตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยถ้า ใช่ หมายถึง เห็นว่าเนื้อหาถูกต้องตรงกับความเข้าใจ และถ้าตอบ ไม่ใช่ หมายถึง เห็นว่าเนื้อหาไม่ถูกต้องกับความเข้าใจ โดยผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงข้อเดียว

การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom, Hastings, & Madaus (1971) คือ ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนน ร้อยละ 60 – 79 และระดับสูง คะแนน ร้อยละ 80 – 100

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด 5 คะแนน ปฏิบัติมาก 4 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง 3 คะแนน ปฏิบัติน้อย 2 คะแนน และปฏิบัติน้อยที่สุด 1 คะแนน

การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Best (1977) โดยระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 และระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการได้รับการอบรมเสริมความรู้จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามแนวคิดของ Best (1977) โดยระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 และระดับต่ำมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด 5 คะแนน ปฏิบัติมาก 4 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง 3 คะแนน ปฏิบัติน้อย 2 คะแนน และปฏิบัติน้อยที่สุด 1 คะแนน

การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ โดยให้ค่าคะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยระดับอันตรภาคชั้นที่ต้องการตามแนวคิดของ Best (1977) โดยระดับสูง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 ระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 และระดับต่ำ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหา (Content validity) และนำไปวิเคราะห์เพื่อหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index หรือ CVI) ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา รายข้อ (I-CVI) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.0 จากนั้นได้นำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ทั้งฉบับ (S - CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.98

จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ได้แก่ ด้านปัจจัยนำ ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 ด้านปัจจัยเอื้อ ทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 ด้านปัจจัยเสริม การได้รับการอบรมเสริมความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 และพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภูเก็ต เพื่อขอชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือราชการถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภูเก็ต เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าพบกลุ่มเป้าหมายในการตอบแบบสอบถามการวิจัย
3. ลงพื้นที่้ององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภูเก็ต เพื่อให้ประกลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถามและรวบรวมส่งคืนให้ผู้ทำวิจัย
4. ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568
5. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และนำแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยระเบียบวิธีทางสถิติ และสรุปผลเพื่อรายงานผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากการศึกษา และรายงานค่าสถิติเป็นค่าการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum)
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการทำงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต โดยการวิเคราะห์ข้อมูลถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple linear regression) กำหนดที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ก่อนทำการวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลด้วยข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้สถิติถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยตัวแปรอิสระที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) และก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติก่อน ได้แก่ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) พิจารณาจากแผนภูมิฮิสโตแกรมเป็นรูปประหลาดว่ามีสมมาตร และจากกราฟ Normal probability plot พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ จึงสรุปว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ตรวจสอบความเป็น Linearity พบว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Multicollinearity) พิจารณาจากค่า VIF มีค่าระหว่าง 2.092 – 4.637 และค่า Tolerance มีค่าระหว่าง 0.216 – 0.478 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง Residual มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 โดยพิจารณาจากค่า Residual เท่ากับ 0.000 มีความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot พบว่าความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน (Independence of errors) พิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.13 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ แสดงว่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกัน

จริยธรรมวิจัย

วิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต เอกสารรับรองเลขที่ PKPH 018/67 ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.73) ส่วนใหญ่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 54.90) ระดับการศึกษาปริญญาตรี (ร้อยละ 76.47) ดำรงตำแหน่งเป็นผู้บริหาร (ร้อยละ 70.59) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 70.58) และมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 3-5 ปี (ร้อยละ 37.55)
2. วิเคราะห์ปัจจัยนำ ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร (n= 102)

ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)	102	100.00
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	0	0.00
ระดับต่ำ (ต่ำกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60)	0	0.00
รวม	102	100.00

M= 41.48, SD= 2.79, Min – Max= 35 - 46

จากตาราง 1 ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00

3. วิเคราะห์ปัจจัยเอื้อ ทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละระดับทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานจะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (n= 102)

ทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33)	0	0.00
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)	2	1.96
ระดับสูง (3.68 – 5.00)	100	98.04
รวม	102	100.00

M= 43.04, S.D. = 3.72, Min – Max = 34 - 50

จากตาราง 2 ภาพรวมระดับทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานจะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.04

4. วิเคราะห์ปัจจัยเสริม การได้รับการอบรมเสริมความรู้ ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละระดับการได้รับการอบรมเสริมความรู้ (n= 102)

การได้รับการอบรมเสริมความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33)	0	0.00
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)	0	0.00
ระดับสูง (3.68 – 5.00)	102	100.00
รวม	102	100.00

M= 44.61, SD= 3.27, Min – Max = 38 - 50

จากตาราง 3 ภาพรวมระดับการได้รับการอบรมเสริมความรู้ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100.00

5. วิเคราะห์พฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต ดังตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต

พฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33)	10	9.80
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67)	92	90.20
ระดับสูง (3.68 – 5.00)	0	0.00
รวม	102	100.00

M= 28.33, S.D. = 3.08, Min – Max = 22 - 34

จากตาราง 4 พบว่า ภาพรวมระดับพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.20

6. วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต (n= 102)

Model	Unstandardized		Standardized Coefficients Beta	t	p- value	Collinearity Statistics	
	Coefficients					Tolerance	VIF
	b	Std. Error					
ปัจจัยนำ : ความรู้ด้าน สุขาภิบาลอาหาร	0.042	0.010	0.377	4.296	0.001	0.478	2.092
ปัจจัยเอื้อ : ทักษะส่วน บุคคลเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงาน	0.267	0.108	0.323	2.469	0.015	0.216	4.637
ปัจจัยเสริม : การได้รับ การอบรมเสริมความรู้	0.177	0.104	0.188	1.709	0.091	0.303	3.296
Constant	-0.850	0.320					

R = 0.799, R² = 0.639, R² adj = 0.628, F = 57.829*, p-value= <0.001

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต พบว่า เมื่อความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร เพิ่มขึ้น 0.042 หน่วย (b= 0.042) และเมื่อทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร เพิ่มขึ้น 0.267 หน่วย (b= 0.267) โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต ได้ถึงร้อยละ 79.9

โดยสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

$Y = -0.85 + 0.042 (\text{ปัจจัยนำ: ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร}) + 0.267 (\text{ปัจจัยเอื้อ: ทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน})$

อภิปรายผล

ปัจจัยนำ ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร ภาพรวมส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารอยู่ในระดับสูง โดยมีอัตราการตอบถูกมากที่สุดในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับนิยามของการสุขาภิบาลอาหาร และมาตรฐานด้านสุขาภิบาลของสถานที่จำหน่ายอาหาร หัวข้อที่มีอัตราการตอบถูกในระดับสูง ได้แก่ การจัดการน้ำเสีย

การจัดเก็บอาหารและมาตรฐานด้านโภชนาการที่ใช้ในการปรุงอาหาร ในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอาหาร ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และอำนาจของเจ้าพนักงานท้องถิ่นในการกำกับดูแลสถานที่จำหน่ายอาหาร และพบว่าความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ. 2535 มีความคลาดเคลื่อนในบางประเด็น ซึ่งอาจต้องมีการให้ความรู้เพิ่มเติม ในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพอาหารการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพอาหาร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการประกอบอาชีพ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงและมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพอาหารที่มากกว่ามีแนวโน้มที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งอย่างไรก็ตามควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับด้านสุขภาพอาหารให้ครอบคลุม โดยเฉพาะในเรื่องของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น และควรส่งเสริมมาตรการเฝ้าระวังและควบคุมคุณภาพด้านสุขภาพอาหารในสถานที่จำหน่ายอาหารให้เป็นไปตามมาตรฐานต่อไป ความรู้ด้านสุขภาพอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาของ (Koedrit, Saipharat, Wichaiyo, Jindaphan, & Samang, 2021) ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติที่ดีมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามข้อกำหนดสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้ประกอบการอาหารในตลาดได้สูง ในทำนองเดียวกับการศึกษาของ (Thongtha, 2017) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพอาหาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคล จากงานวิจัยเหล่านี้ สรุปได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยความรู้ที่ดีส่งผลต่อการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยเอื้อ ทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีทักษะในการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพอาหารในระดับสูง การสร้างภาคีเครือข่าย มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกครั้งทั้งพื้นที่เพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพอาหาร ความสามารถในการตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับมาตรฐานสุขภาพอาหาร ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง การนำข้อกำหนดด้านสุขภาพอาหารไปใช้ในการปฏิบัติงาน พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีการนำมาตรฐานด้านสุขภาพอาหารมาใช้จริงในพื้นที่ของตนเอง จากผลการวิจัย พบว่าผู้ปฏิบัติงานมีทักษะด้านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับสูง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานด้านสุขภาพอาหารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ความสามารถในการตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับมาตรฐานสุขภาพอาหาร และการนำข้อกำหนดไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน ถือเป็นจุดแข็งที่ช่วยส่งเสริมด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารในพื้นที่ และควรมีการพัฒนาทักษะเพิ่มเติม เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการสุขภาพอาหารในเชิงลึก และการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสื่อสารข้อมูล เพื่อให้สามารถเผยแพร่ความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาของ (Nunthanjaruen, Pimha, & Pinsuwann, 2023) ที่พบว่า สุนทรียทักษะผู้นำและปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ (Thongthae, 2017) ที่พบว่าปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรู้ ทัศนคติ และการได้รับข้อมูลข่าวสารมีผล

ต่อการปฏิบัติตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านสุขาภิบาลอาหาร และการศึกษาของ (Chokanan, 2021) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการ ในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา จากงานวิจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานกับพฤติกรรมการทำงานด้านสุขาภิบาลอาหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจัยเสริม การได้รับการอบรมเสริมความรู้ พบว่ามีความคิดเห็นในทางบวก โดยผู้ปฏิบัติงานเห็นว่าการได้รับการอบรมช่วยให้พัฒนาความสามารถของตนเองและสามารถตอบสนองสั้ยของผู้ประกอบการด้านอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ การอบรมสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ประกอบการด้านอาหารในพื้นที่ได้ และการอบรมช่วยส่งเสริมและพัฒนาองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการอบรมเสริมความรู้สำคัญต่อการพัฒนาทักษะของผู้ปฏิบัติงานและช่วยให้สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการด้านอาหารได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งควรที่จะมีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่องและให้ครอบคลุมหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับสุขาภิบาลอาหาร เช่น มาตรฐานอาหารปลอดภัย เทคนิคการตรวจสอบคุณภาพอาหาร และแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหาร นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้มีเวทีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน การได้รับการอบรมเสริมความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาของ (Chokanan, 2021) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารและการอบรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ประกอบการ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเสริมความรู้ผ่านการอบรมมีผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารในเขตอำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา และการศึกษาของ (Prapapan, Chotikawin, & Nilsaranjit, 2018) ที่พบว่า การอบรมดังกล่าวสามารถเพิ่มความรู้และความตระหนักของผู้สัมผัสอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งบ่งชี้ว่าการอบรมเสริมความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการทำงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เทศบาลในร้านอาหาร เขตเทศบาลนครนครปฐม จังหวัดนครปฐม จากงานวิจัยเหล่านี้การอบรมในรูปแบบต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยเน้นการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนที่เหมาะสม

ระดับพฤติกรรมการทำงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.20 ผลการศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาของ (Peerathorrat, Nuthap, ChaiThiamwong, Wiwatwongkasem, & Srisai, 2016) ที่พบว่า เจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารในระดับปานกลาง ที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม โดยเฉพาะในด้านความสม่ำเสมอของการตรวจสอบและการบังคับใช้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร และการศึกษาของ (Phueakbuakaew, Phueakbuakaew, & Sripradit, 2019) ที่พบว่า การดำเนินงานของผู้บริหารในระดับท้องถิ่นยังอยู่ในระดับปานกลางเน้นให้มีการเพิ่มบทบาทของผู้นำวิสาหกิจชุมชนและการมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อยกระดับการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จากงานวิจัยเหล่านี้ระดับปานกลางของพฤติกรรมการทำงานด้านสุขาภิบาลอาหารชี้ให้เห็นถึงข้อจำกัดในทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และความรู้ที่เกี่ยวข้อง ความจำเป็นในการพัฒนา การสร้างคู่มือ แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และการเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนโอกาสในการปรับปรุง การสนับสนุนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและการประสานงานที่ดีขึ้นระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยนำ : ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต การศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาของ (Moolsri, Senahat, Phimha, & Prasit, 2023) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และในทำนองเดียวกันการศึกษาของ (Peerathorrat, Nuthap, ChaiThiamwong, Wiwatwongkasem, & Srisai, 2016) ที่พบว่า ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยองค์กรที่มีความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารมากขึ้นจะสามารถดำเนินงานด้านนี้ได้ดีขึ้น เช่น การใช้มาตรฐานและการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาดัชนีชี้วัดช่วยให้สามารถวัดผลการดำเนินงานได้ชัดเจนขึ้น จากงานวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารส่งผลให้การดำเนินงานในด้านนี้ดีขึ้น และการพัฒนาดัชนีชี้วัดทำให้การประเมินผลและการพัฒนาองค์กรในด้านสุขาภิบาลอาหารเป็นระบบและชัดเจนมากขึ้น

ปัจจัยเอื้อ : ทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต การศึกษาโดยรวมใกล้เคียงกับการศึกษาของ (Ladasuwan, Klangkarn, & Wongprachum, 2024) ที่พบว่า การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร และในทำนองเดียวกันการศึกษาของ (Peerathorrat, Nuthap, ChaiThiamwong, Wiwatwongkasem, & Srisai, 2016) ที่พบว่า ทักษะส่วนบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยบุคลากรที่มีทักษะและความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหารจะสามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารเป็นไปตามมาตรฐานและมีคุณภาพ และการศึกษาของ (Moolsri, Senahat, Phimha, & Prasit, 2023) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมและทักษะของเจ้าหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร งานวิจัยเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าทักษะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่และชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมากกับการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาทักษะและความรู้ของบุคลากรจึงเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่นั้น ๆ

ปัจจัยเสริม : การได้รับการอบรมเสริมความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดภูเก็ต ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาบางฉบับที่แสดงให้เห็นว่าการอบรมเสริมความรู้มีผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร การศึกษาของ (Ladasuwan, Klangkarn, & Wongprachum, 2024) ที่พบว่า การอบรมสามารถเพิ่มพูนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การศึกษาของ (Prapapan, Chotikawin, & Nilsaranjit, 2018) พบว่า การอบรมเชิงปฏิบัติการแบบกระบวนการมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารของผู้สัมผัสอาหารในร้านอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ในงานวิจัยนี้ การอบรมเสริมความรู้ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ สาเหตุที่อาจเกิดขึ้นคือการขาดการติดตามผลหลังการอบรมหรือเนื้อหาการอบรมอาจไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานจริงผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อ

พฤติกรรมกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร เช่น ทักษะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กร อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน แม้ว่าจะได้รับการอบรมเสริมความรู้แล้วก็ตาม การพัฒนาทักษะและความสามารถในการปฏิบัติงานจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการปรับปรุงการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. กำหนดนโยบาย หรือการร่างกฎหมายที่เกี่ยวกับด้านสุขาภิบาลอาหาร โดยมีผู้เกี่ยวข้องมาร่วมกำหนดนโยบาย และการร่างกฎหมายเพื่อให้เป็นตามมาตรฐาน และการรับรู้ที่จะต้องนำไปปฏิบัติงานที่เข้าใจง่ายขึ้น เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานไม่มีความรู้เพียงพอในด้านของกฎหมายและนโยบาย

2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานเพื่อระวังความปลอดภัยด้านอาหารในพื้นที่ให้มากขึ้น

ทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเฉพาะในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดภูเก็ต และจำกัดเฉพาะผู้ที่รับผิดชอบงานด้านสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอื่น หรือพื้นที่ที่มีลักษณะแตกต่างกันด้านสังคม เศรษฐกิจ และการบริหารจัดการด้านสุขาภิบาลอาหาร ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนความคิดเห็นหรือพฤติกรรมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้อย่างครอบคลุม เช่น ผู้ประกอบการร้านอาหาร หรือประชาชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในโรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดภูเก็ต เพื่อค้นหาปัจจัยที่แตกต่างกัน

2. การศึกษางานวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับดีจำเป็นต้องทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลองเพื่อหาข้อมูล และควรครอบคลุมถึงผู้ประกอบการร้านอาหาร ผู้บริโภค หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายและครอบคลุมทุกมิติของระบบสุขาภิบาลอาหาร และเพื่อให้เห็นผลกระทบเชิงประจักษ์ของการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพของการดำเนินงานกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น อัตราการเกิดโรคที่เกิดจากอาหาร

3. ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อทราบถึงเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหาร ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

References

- Best, J. W. (1977). *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York, NY: McGraw-Hill.

- Bureau of Food and Water Sanitation, Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *Evolution of the Bureau of Food and Water Sanitation*. Retrieved February 2, 2025 from <https://foodsan.anamai.moph.go.th/th/history>. (in Thai)
- Chokanan, D. (2021). Predictive factors of health behaviors among food shop and street food vendors in Khuan Niang District, Songkhla Province. *Journal of Health Research and Innovation*, 4(2), 138–149.
- Center of Epidemiological Information, Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health. (2020). *Number of cases, deaths, morbidity rate, mortality rate, casefatality rate, Thailand*. (in Thai)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Department of Disease Control releases disease forecast No. 7/2021: Warns the public that rising temperatures may cause food spoilage; advises adherence to the "Cooked, Hot, Clean" principle to prevent foodborne illnesses*. Retrieved June 11, 2025 from <https://www.thailandplus.tv/archives/333241>. (in Thai)
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Koedrit, K., Saiphrarat, T., Wichaiyo, W., Jindaphan, B., & Samang, S. (2021). The relationship between knowledge and attitudes toward food sanitation and personal hygiene practices among food vendors in night markets in the office of the Prime Minister's 12th inspection area of Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 14(2), 256–264.
- Ladasuwan, K., Klangkarn, S., & Wongprachum, K. (2024). The effects of a food sanitation literacy development program on food handlers' behaviors in restaurants in Sam Khok district, Pathum Thani province. *Journal of Public Health and Health Sciences*, 8(1), 1–21.
- Monsprisit, K. (2015). *Motivation in the performance of food sanitation personnel*. Master's thesis, Burapha University. (in Thai)
- Moolsri, P., Senahat, N., Phimha, S., & Prasit, N. (2023). Administrative factors and participation in food sanitation affecting the performance of food sanitation by public health officers in sub-district health promoting hospitals, Kalasin province. *Journal of Health Systems Research*, 16(2), 188–201.
- Nunthanjaruen, P., Pimha, S., & Pinsuwann, C. (2023). Aesthetic leadership skills and administrative factors affecting food sanitation work performance of local administrative organization officials in Khon Kaen province. *Journal of Health Promotion and Environmental Health Center* 9, 17(3), 966–980.

- Office of the National Economic and Social Development Council. (2023). *Thailand's food security situation and the 4 major issues that need urgent action*. Retrieved June 9, 2024 from <https://www.thansettakij.com/sustainable/food-security/567454>. (in Thai)
- Peerathorrat, T., Nuthap, N., ChaiThiamwong, N., Wiwatwongkasem, C., & Srisai, S. (2016). A study of the essential components for developing food sanitation situation indices of local administrative organizations. *Journal of Public Health*, 46(2), 180–189.
- Phueakbuakaew, W., Phueakbuakaew, S., & Sripradit, P. (2019). A development model for community enterprise leaders in the food sector through the participation of local administrative organizations in Phetchaburi Province. *Journal of Research, Humanities and Social Sciences, Muban Chombueng Rajabhat University*, 7(2), 1–11.
- Phuket Province. (2017). *Strategic plan: Phuket, City of Gastronomy (2017–2021)*. Phuket Provincial Office. <https://www.phuket.go.th>. (in Thai)
- Prapapan, S., Chotikawin, R., & Nilsaranjit, W. (2018). Effects of participatory training workshops on food sanitation knowledge and awareness among food handlers in restaurants in Nakhon Pathom Municipality, Nakhon Pathom province. *Khon Kaen University Journal of Public Health Research*, 11(1), 69–77.
- Silaphat, S., & Buaphan, P. (2023). Success factors and organizational support affecting food sanitation practices of public health officers in local administrative organizations, Khon Kaen Province. *Khon Kaen University Research Journal (Graduate Studies Edition)*, 3(1), 14–25.
- Phruetipinyoy, C. (2017). Local government and public health and environment [E book]. Faculty of Public Health, Mahidol University. Retrieved February, 2 2025 from <https://phad.ph.mahidol.ac.th/research/Book/2560/4local%20government.pdf>. (in Thai)
- Thongtae, L. (2017). *Factors affecting personal sanitation and hygiene practices of food handlers in Rangsit City Municipality, Thailand* [Master's thesis, Thammasat University]. Thammasat University e-Thesis Archive. (in Thai)
- Ua Kit, N., & Pensri, L. (2019). Utilization of the PRECEDE MODEL in health promotion. *Journal of the Thai Red Cross Nurses Association*, 12(1), January June, 62. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/download/203249/145132/>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

Factors Related to Self-Care Behaviors of Patients with Type 2 Diabetes
Mellitus Attending the Diabetes Clinic at Khlong Thom Hospital, Krabi Province

อ้อมฤดี ขนานใต้* และ สุรเดช สำราญจิตต์

Omruedee Khanantai* and Suradej Samranjit

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University

(Received: April 4, 2025, Revised: June 20, 2025, Accepted: July 1, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับเจตคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ กลุ่มตัวอย่าง 275 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบเครื่องมือด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องของเนื้อหาระหว่าง 0.67 – 1.00 มีค่าความเชื่อมั่น 0.77 และ 0.78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 4.29$, $SD = 0.54$) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 4.68$, $SD = 0.59$) และพบว่า เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์เชิงบวก ($r = 0.519$) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมเจตคติที่ดีและความตระหนักในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผ่านกิจกรรมที่เสริมความมั่นใจ เช่น การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลสุขภาพเท้า และการติดตามระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ยั่งยืน ลดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : เจตคติ, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

This cross-sectional study aimed to 1) examine the levels of attitudes and self-care behaviors of patients with type 2 diabetes mellitus, and 2) identify the factors associated with self-care behaviors among patients with type 2 diabetes mellitus attending the diabetes clinic at Khlong Thom Hospital, Krabi Province. The sample consisted of 275 participants. Data were collected using a questionnaire, which was validated by three experts, yielding a content validity index ranging from 0.67 to 1.00. The reliability coefficients were 0.77 and 0.78, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient, with the level of statistical significance set at 0.05.

The study found that overall attitudes toward type 2 diabetes mellitus were at a good level ($M = 4.29$, $SD = 0.54$). Similarly, overall self-care behaviors of patients with type 2 diabetes mellitus were at a good level ($M = 4.68$, $SD = 0.59$). Attitudes toward type 2 diabetes mellitus were positively correlated with self-care behaviors ($r = 0.519$) among patients attending the diabetes clinic at Khlong Thom Hospital, Krabi Province, with statistical significance at the 0.01 level.

Therefore, it is essential to promote positive attitudes and awareness of self-care among patients with type 2 diabetes mellitus through activities that enhance self-confidence, such as education on nutrition, exercise, medication adherence, foot care, and regular monitoring of blood glucose levels. Emphasis should be placed on continuity and the active participation of both patients and their families in order to foster sustainable self-care behaviors, reduce complications, and improve quality of life.

Keywords: Attitudes, Self-Care Behaviors, Type 2 Diabetes Mellitus

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus: DM) เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่กำลังทวีความรุนแรงทั้งในประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก ซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการดำเนินชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ข้อมูลจากสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2573 และภายในปีพ.ศ. 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Magliano & Boyko, 2021)

ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ 644.11 ต่อแสนประชากร และอัตราการเสียชีวิต 2.09 ต่อแสนประชากร (Ministry of Public Health, 2024) และปีงบประมาณ 2567 มีการใช้การรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สูงถึงร้อยละ 52 ของงบประมาณทั้งหมด หรือ 152,738 ล้านบาท โดยเป็นค่ารักษา

โรคเบาหวาน 1,868 ล้านบาท (National Health Security Office, 2023) สำหรับจังหวัดกระบี่ ก็พบปัญหาผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2565, 2566 และ 2567 พบอัตราผู้ป่วยร้อยละ 5.36, 6.14 และ 6.55 และอัตราผู้ป่วยรายใหม่เท่ากับ 429.33, 928.22 และ 492.69 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (Health Data Center, 2024)

สำหรับโรงพยาบาลคลองท่อม ซึ่งเปิดให้บริการคลินิกโรคเบาหวานทุกวันอังคารและพุธ พบอัตราผู้ป่วยในช่วงสามปีดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.51 เป็น 5.15 และอัตราผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มจาก 379.20 เป็น 483.02 ต่อแสนประชากร อย่างไรก็ตาม ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยังอยู่ที่ 28.74, 29.53 และ 31.71 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้คือร้อยละ 60 (Health Data Center, 2024) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เจตคติของผู้ป่วย เช่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อในประสิทธิภาพของการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการปฏิบัติตน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากโรคเบาหวานสามารถควบคุมได้หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพลดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคไต เบาหวานขึ้นตา และแผลเรื้อรัง การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดด้านเจตพิสัยของ Bloom (1976) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการและแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตในระยะยาว

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

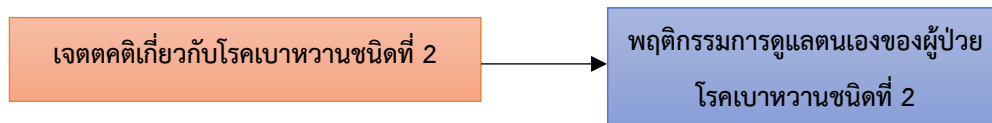
สมมติฐาน

เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านเจตพิสัยของ Bloom (1976) มาใช้ประเมินระดับเจตคติของผู้ป่วยใน 5 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ การตอบสนอง การให้คุณค่า การจัดระบบคุณค่า และบุคลิกภาพตามค่านิยม เพื่อศึกษาเจตคติต่อโรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่เน้นพฤติกรรมเป้าหมาย เช่น การควบคุมอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย รวมถึงบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการสนับสนุนตามระดับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) จากการบูรณาการแนวคิดทั้งสอง ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวแปรหลัก คือ เจตคติ (Attitude) และ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behavior) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ดังแสดงภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ตามระบบนัดผู้ป่วยโรคเบาหวานในเดือนกุมภาพันธ์ – เดือนมีนาคม พ.ศ. 2568 จำนวนทั้งหมด 960 คน (Khlomg Thom Hospital, 2024)

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามตาราง Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ใช้ในการประมาณค่าและกำหนดสัดส่วนของประชากรที่สนใจ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 275 คน ทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบจับฉลากไม่คืนที่ จากหมายเลขคิวการเข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานในแต่ละวัน จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่แพทย์วินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานของโรงพยาบาลคลองท่อม 2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้ 3) สมจริตใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกรออกจากกลุ่ม (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วนขณะเก็บข้อมูล 2) ขอลถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการสร้างขึ้นจากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) อาชีพ 4) รายได้ต่อเดือน 5) ระดับการศึกษา และ 6) ระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบระดับความคิดเห็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5คะแนน) ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1คะแนน)

การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม โดยพิจารณาระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบระดับความคิดเห็นเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว กำหนดให้แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) ข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (1 คะแนน) ถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด (5 คะแนน)

การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อและภาพรวม โดยพิจารณาระดับตามเกณฑ์ของ Best (1977) ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ของมหาวิทยาลัย 2 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ท่าน ซึ่งได้ค่าความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลลำทับ จังหวัดกระบี่ ซึ่งมีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามส่วนเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำหนังสือราชการขอความร่วมมือไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนัดหมายผู้ช่วยพยาบาลประจำห้องตรวจในแต่ละวัน เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของแบบสอบถาม
3. ผู้ช่วยวิจัยนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในเดือน มีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2568 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม พร้อมทั้งลงรหัสในแบบสอบถามและทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เพื่ออธิบายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา และระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เจตคติของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดย โดยการนำตัวแปรไปทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-

Smirnov พบว่า มีการกระจายของข้อมูลปกติ ($p > 0.05$) ดังนั้น จึงเลือกใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) (r) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 แปลความหมายของความสัมพันธ์และแปลผลค่า r ตามเกณฑ์ของ Davis's descriptors (Davis, 1971) ดังนี้

มีความสัมพันธ์กันสูงมาก (r)	เท่ากับ 0.70 หรือสูงกว่า
มีความสัมพันธ์กันสูง (r)	เท่ากับ 0.50 - 0.69
มีความสัมพันธ์กันปานกลาง (r)	เท่ากับ 0.30 - 0.49
มีความสัมพันธ์กันต่ำ (r)	เท่ากับ 0.10 - 0.29
ไม่มีความสัมพันธ์กัน (r)	เท่ากับ 0.01 - 0.09

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัยเลขที่ SCPHYLIRB-2568/088 อนุมัติวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยดำเนินการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบใดทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ จำนวน 275 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.60 อายุเฉลี่ย 55.65 ปี อายุสูงสุด 76 ปี และอายุต่ำสุด 26 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,908 บาท รายได้ต่อเดือนสูงสุด 40,000 บาท และรายได้ต่อเดือนต่ำสุด 600 บาท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวน/ประมง ร้อยละ 46.91 มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45.45 และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงสุด 34 ปี ต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เฉลี่ย 7.83 ปี

2. เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีเจตคติอยู่ในระดับดี ($M = 4.29$, $SD = 0.54$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของระดับเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงสุด คือ รู้สึกว่าโรคเบาหวานไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อชีวิตประจำวัน ($M = 4.53$, $SD = 0.56$) ซึ่งแปลผลได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รู้สึกว่าโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของตน คะแนนมากอยู่ในระดับดี (เพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าชีวิตยังปกติ) ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีจึงไม่รู้สึกว่าเดือดร้อน ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของระดับเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่ำสุด คือ โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมโรคและเข้าสู่ระยะสงบได้ ($M = 4.00$, $SD = 1.04$)

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ($M = 4.68$, $SD = 0.59$) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 2 สูงสุด คือ รับประทานอาหารตรงเวลาทุกมื้อในแต่ละวัน ($M = 4.81$, $SD = 0.51$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ชอบอ่านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายอยู่เสมอ ($M = 3.77$, $SD = 1.33$)

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ดังตาราง 1

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2	0.519**	< 0.001	สูง

**นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 1 พบว่า เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.519$) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

ระดับเจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.29$, $SD = 0.54$) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคเบาหวาน ทั้งในด้านการตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รวมถึงความเชื่อมั่นในแนวทางการดูแลตนเอง ซึ่งผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Chaengsaeng (2022) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับของทัศนคติอยู่ในระดับสูง ($M = 75.54$, $SD = 17.09$) โดยคะแนนที่สูงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ และมีความมุ่งมั่นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างจริงจัง ผลการวิจัยทั้งสองฉบับสะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่ดีว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหลายพื้นที่ของประเทศไทยมีเจตคติเชิงบวกต่อการดูแลและควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลคลองท่อม จังหวัดกระบี่ ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.68$, $SD = 0.59$) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความสามารถและความตั้งใจในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ที่เน้นให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Self-care agency) โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความสอดคล้องกับการศึกษาของ Duangpratoom & Rattanakanahutanon (2019) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของ

กลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($M = 4.074$, $SD = 0.495$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sasiwimonluk, Surat, Khruachak, & Mongkolthep (2016) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับดี ($M = 3.79$, $SD = 0.50$) โดยผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในหลายด้าน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม จากความสอดคล้องของผลการวิจัยทั้งสามฉบับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหลายพื้นที่ของประเทศไทยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับที่ดีถึงดีมาก ซึ่งอาจเป็นผลจากการได้รับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม และการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขในด้านการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม ที่เน้นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

จากการทดสอบสมมติฐานพบว่า เจตคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.519$) ซึ่งอธิบายได้ว่า เจตคติที่ดีมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ของผู้ป่วยจะพัฒนาได้ดีเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ เจตคติที่ดี และได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเจตคติเชิงบวกต่อโรคเบาหวานทำหน้าที่เสมือนแรงจูงใจภายในที่ช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Watthanachot (2010) ที่พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลบ้านไร่จังหวัดอุทัยธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.33$) ความสอดคล้องของผลการวิจัยทั้งในปัจจุบันและในอดีต ยืนยันว่าเจตคติเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะในบริบทของระบบสุขภาพไทยที่มีการส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาเจตคติที่ดีจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลพื้นฐานของประชากรที่ศึกษา พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75.60 มีอายุเฉลี่ย 55.65 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.45 มีอาชีพทำสวนและประมง คิดเป็นร้อยละ 46.91 มีรายได้เฉลี่ย 8,908 บาท และระยะเวลาป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.83 ปี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องโรคเบาหวานของกรมการแพทย์ที่ระบุว่า โรคเบาหวานจะพบมากในผู้หญิงและผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 7.83 ปีขึ้นไป จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองที่ดี เพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sukwatsana, Sikhaw, & Kasipol (2021) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานระยะเวลา 6 - 10 ปี, 11 - 15 ปี และมากกว่า 15 ปี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเป็นโรค 1 - 5 ปี เท่ากับ 8.82, 4.43 และ 39.84 เท่า ตามลำดับ ทั้งนี้ เพราะการมีระยะเวลาเจ็บป่วยเป็นเวลานาน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องพยายามค้นหาความรู้และใส่ใจดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดอาการดังกล่าว ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 10 ปีก็ยังคงมีความสนใจความรู้ กระตือรือร้นและฝึกทักษะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้พฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทิศทางที่ดี

การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้

1. ควรมีการสร้างเชื่อมั่นในการดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
2. นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อส่งเสริมเจตคติที่ดีในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้ผู้ป่วยต้นแบบ (Role Models) ควรเชิญผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองมาแบ่งปันประสบการณ์ เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจและเสริมความเชื่อมั่นในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่
3. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่คาดว่า จะมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น ปัญหาอุปสรรค ความวิตกกังวล เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อหาสาเหตุเพื่อช่วยอธิบายพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ครอบคลุมและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง
2. ควรมีการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรอิสระ เช่น เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา เป็นต้น เพื่อจำแนกกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง และ ออกแบบแผนการให้ความรู้หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละกลุ่ม
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

References

- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S. (1976). *Human characteristics and school learning*. New York, NY: McGraw-Hill Book Company.
- Chaengsaeng, P. (2022). Factors associated with blood glucose control behaviors among diabetes patients in the Nong Khayang district network, Uthai Thani province. *Singburi Hospital Journal*, 31(2), 68–80.
- Davies, I. K. (1971). *The management of learning*. London: McGraw-Hill.
- Duangpratoom, N., & Rattanakanahutanon, F. (2019). Factors associated with self-care behaviors of type 2 diabetes mellitus patients in Huai Khamin Health Promoting Hospital, Dan Chang, Suphan Buri Province. *Valaya Alongkorn Review Journal*, 9(2), 53–67.
- Health Data Center. (2024). *Annual health data report 2024*. Retrieved January 5, 2025 from <https://hdc.moph.go.th/center/public/main/>

- Magliano, D. J. & Boyko, E. J. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). Brussels, Belgium: International Diabetes Federation. Retrieved January 5, 2025 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK581934/>
- Ministry of Public Health. (2024). *Annual report 2024*. Nonthaburi, Thailand: Ministry of Public Health. (in Thai)
- National Health Security Office. (2023). *Universal health coverage in Thailand*. Retrieved January 10, 2025 from <https://www.nhso.go.th/>.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Khlong Thom Hospital. (2024). *Medical records* [Unpublished internal document]. Khlong Thom, Krabi Province. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- Watthanachot, S. (2010). Knowledge, attitude, and practices in disease control among diabetes patients at Ban Rai Hospital, Uthai Thani Province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 7(2), 69–77.
- Sasiwimonluk, K., Surat, S., Khruachak, K., & Mongkolthep, W. (2016). The relative factors of self-care behaviors of diabetes mellitus patients in Mae Chan District, Chiang Rai Province. *Journal of Community Development and Quality of Life*, 4(2), 297–307.
- Sukwatsana, Y., Sikhaw, O., & Kasipol, T. (2021). Relationship between personal factors, health literacy, self-care behaviors, and blood glucose control among type 2 diabetes patients. *Rajawadee Journal of Boromarajonani College of Nursing Surin*, 11(1), 52–65.

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ
จังหวัดชัยภูมิ

Predictive Factors of Health Literacy among Older Adults with Hypertension in
Mueang Chaiyaphum District, Chaiyaphum Province

ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย^{1*}, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง¹ และ บังอร พรอยโคกสูง²

Thanyarat Phuchongchai¹, Natpapat Nuansithong¹ and Bangon Proykoksong²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ, ²ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

¹Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

²Public Health Service Center of Chaiyaphum Municipality, Chaiyaphum Province

(Received: July 17, 2025, Revised: September 26, 2025, Accepted: October 9, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 410 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81, 0.83 และ 0.84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ($M = 50.73$, $SD = 14.66$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ระดับปานกลาง ($M = 3.01$, $SD = 0.39$) แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง ($M = 3.06$, $SD = 0.49$) ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($Beta = 0.58$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ($Beta = 0.39$) ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($Beta = -0.265$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ($Beta = -0.17$) ปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ร้อยละ 34.40 ($R^2 = 0.344$) และมีความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์ เท่ากับ 11.94 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ฉะนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม โดยเฉพาะจากบุคลากรสาธารณสุข และพัฒนาสื่อสุขภาพที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อใช้ในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์ความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในบริบทของชุมชน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, โรคความดันโลหิตสูง, แรงสนับสนุนทางสังคม, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thanyarat.ph@cpru.ac.th)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the predictive factors of health literacy among older adults with hypertension. The sample consisted of 410 older adults aged 60 years and above who had been diagnosed with hypertension and were residing in Mueang District, Chaiyaphum Province. A multistage sampling technique was employed. The research instrument was a questionnaire validated by three experts, with item-objective congruence (IOC) values ranging from 0.67 to 1.00. Reliability was assessed using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of 0.81, 0.83, and 0.84 for the respective sections. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression.

The results revealed that the overall level of health literacy among older adults with hypertension was moderate ($M = 50.73$, $SD = 14.66$). Self-efficacy was at a moderate level ($M = 3.01$, $SD = 0.39$), and social support was also at a moderate level ($M = 3.06$, $SD = 0.49$). The factors that significantly predicted health literacy were self-efficacy ($Beta = 0.58$), social support from healthcare personnel ($Beta = 0.39$), outcome expectations ($Beta = -0.265$), and social support from media ($Beta = -0.17$). Together, these factors predicted 34.40% of the variance in health literacy ($R^2 = 0.344$), with a prediction error of 11.94. Among these predictors, self-efficacy had the greatest influence on health literacy.

Therefore, it is recommended to enhance self-efficacy among older adults in managing their health, together with appropriate social support, particularly from healthcare personnel, and to develop credible health information media to promote health literacy. The findings can be applied to design suitable programs or interventions to improve health literacy among older adults with hypertension within the community context.

Keywords: Health Literacy, Self-Efficacy, Hypertension, Social Support, Older Adults

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคนี้ ทั้งนี้มีการประมาณว่าทั่วโลกมีประชากรกว่า 1 พันล้านคนที่ได้รับผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูง และคาดว่าความชุกของโรคนี้จะเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคนในปี ค.ศ. 2025 (World Health Organization, 2018) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคนี้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั่วโลกประมาณ 7.5 ล้านคนต่อปี หรือคิดเป็นประมาณ ร้อยละ 12.8 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และ World Heart Federation (2024) ยังชี้ว่าโรคความดันโลหิตสูงมีความเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตมากถึง 10.4 ล้านคนต่อปี ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดในบรรดาสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุข

รายงานว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าจำนวน 3 แสนคน และมีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 507,104 คน (Ministry of Public Health, 2023) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุ คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 45.8 ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหัวใจ โรคไต และโรคหลอดเลือดสมอง หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ซึ่งในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จะทำให้มีความซับซ้อน และยุ่งยากมากขึ้นในการรักษา นำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้ การควบคุมโรคความดันโลหิตสูงต้องอาศัยการเฝ้าระวังควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Sinsap, Chankra, & Jaimun, 2017)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย Nutbeam (2008) ได้นิยามความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ (Shi, Li, Wang, Wang, Liu, Shi, et al., 2017) จากการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับพอใช้ (Phuchongchai, Phattharasirisomboon, Nuansithong Yattiyom, & Laokhompruttajan, 2023) ซึ่งผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมักมีแนวโน้มที่จะดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมต่ำ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการเข้ารับการตรวจสุขภาพตามกำหนด การขาดความรู้ด้านสุขภาพอาจนำไปสู่การตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือการไม่เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development, 2021 ; Kongsaa, Boonyamalik & Kerdmongkol, 2020)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีหลายด้าน ซึ่งการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-efficacy) ตามแนวคิดของ Bandura (1997) หมายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวกและต่อเนื่องยังเป็นปัจจัยที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Nilnate , Hengprapro & Hanvoravongchai, 2016) จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรสำคัญที่เชื่อมโยงกับระดับความรู้ด้านสุขภาพ และมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (Gan & He, 2020) ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงมีความรู้ด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองต่ำและแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (Naowsuwan, Singhasem, & Yimyuan, 2016)

จังหวัดชัยภูมิเป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 22.4 ของประชากรทั้งหมด โดยเฉพาะอำเภอเมืองชัยภูมิ ซึ่งเป็นพื้นที่ศูนย์กลาง พบว่า มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้แนวโน้มการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 42.02 ในปี พ.ศ. 2564 เป็นร้อยละ 44.19

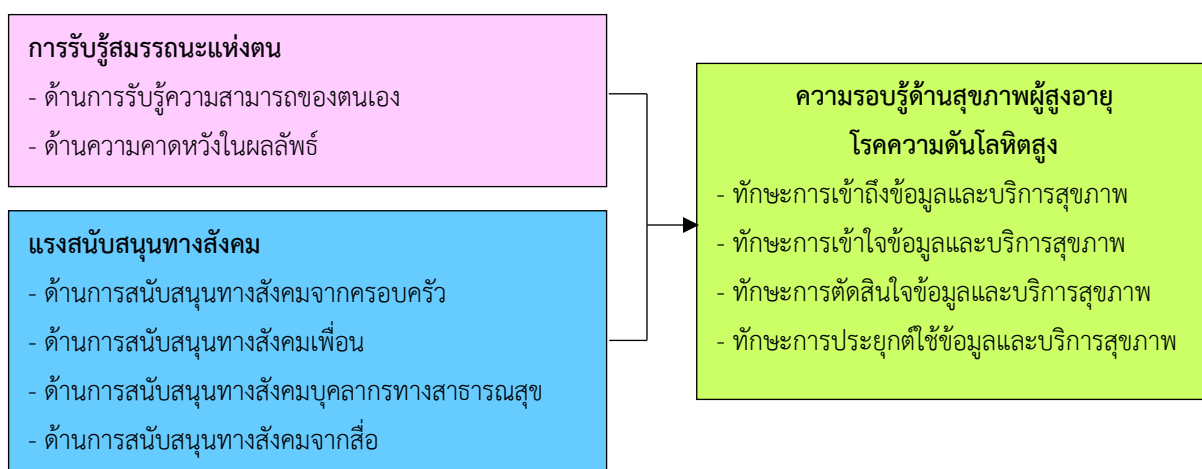
ในปี พ.ศ. 2567 และพบว่าสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ 52.82 (Statistics Division, Chaiyaphum Provincial Public Health Office, 2024) สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญ เพื่อระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย อันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการโรคความดันโลหิตสูง ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ประกอบไปด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1997) และแรงสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ House (1981) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 15,684 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Wayne (1995) มีวิธีการ ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2_{1-\alpha/2}}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z^2_{1-\alpha/2}}$$

โดยให้ N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่า Z ซึ่ง $\pm Z$ จะสอดคล้องกับระดับความเชื่อมั่นที่ต้องการ ในที่นี้

กำหนดความเชื่อมั่นไว้ที่ 95% จึงได้ $\alpha = 0.05$ และ Z ในสูตร ณ ที่นี้คือ $Z_{\alpha/2}$ ทำให้ได้ $Z_{\alpha/2} = 1.96$

σ = ค่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.5

d = ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า ไม่เกินร้อยละ 5 = 0.05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{15,684(0.50)^2(1.96)^2}{(0.05)^2(15,684-1) + (0.50)^2(1.96)^2} = 375$$

เพื่อป้องกันปัญหาการเก็บรวบรวมข้อมูลที่อาจส่งผลให้ข้อมูลสูญหายหรือไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2017) ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 412 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1: การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ขั้นตอนแรกเป็นการแบ่งชั้นประชากรตามสถานบริการสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ขนาดตามจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ ขนาดเล็ก (S) 5 แห่ง, ขนาดกลาง (M) 15 แห่ง และขนาดใหญ่ (L) 4 แห่ง โดยขนาดเล็ก (S) คือ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ น้อยกว่า 3,000 คน มีจำนวน 5 สถานบริการ ขนาดกลาง (M) คือ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ 3,000 - 6,000 คน มีจำนวน 15 สถานบริการ ขนาดใหญ่ (L) คือ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ มากกว่า 6,000 คน มีจำนวน 4 สถานบริการ

ขั้นที่ 2: การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ทำการสุ่มเลือกสถานบริการสุขภาพจากทั้งสามขนาดตามสัดส่วน 4:1 เพื่อให้มีการกระจายตัวของสถานบริการที่ใช้เก็บข้อมูลให้ครอบคลุมมากที่สุด โดยเลือกสถานบริการทั้งหมด 6 แห่ง ได้ขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง ขนาดกลาง จำนวน 4 แห่ง และขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง

ขั้นที่ 3: ทำการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละสถานบริการสุขภาพ โดยเรียงลำดับรายชื่อทั้งหมดและใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจากแต่ละสถานบริการตามสัดส่วนประชากร (Proportional to size sampling) ในแต่ละพื้นที่

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคความดันโลหิตสูงมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 4) เป็นผู้ที่สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และ 5) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือปัญหาทางจิตเวชที่รบกวนความสามารถในการตอบแบบสอบถาม และ 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรืออยู่ในภาวะวิกฤตทางการแพทย์ขณะเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะความเป็นอยู่ ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับความดันโลหิต ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ Bandura (1997) จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน)

การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่ม (Best, 1977) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง, ค่าเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตามแนวคิดของ House (1981) จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ โดยใช้มาตรวัด Likert Scale แบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ระดับ คือ ทุกครั้ง (4 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคย (1 คะแนน)

การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่ม (Best, 1977) ดังนี้ค่าเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก, ค่าเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (Department of Health Service Support (TH), 2023) ประกอบไปด้วยความรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบ รวมจำนวน 16 ข้อ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพจำนวน 4 ข้อ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพจำนวน 4 ข้อ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพจำนวน 4 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับที่วัดความยากง่าย

ของการกระทำตั้งแต่ไม่เคยทำให้ 1 คะแนน จนถึงทำได้ง่ายมาก 5 คะแนน คะแนนรวมรายด้าน ๆ ละ 20 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมรายด้าน คะแนน < 12 คะแนน แปลผล ระดับไม่ดี, คะแนน 12 - 13 คะแนน แปลผล ระดับพอใช้, คะแนน 14-15 คะแนน แปลผล ระดับดี และคะแนน 16-20 คะแนน แปลผล ระดับดีมาก สรุปคะแนน รวมความรู้ด้านสุขภาพ รวมจำนวน 16 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 80 คะแนนเกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนน < 48 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี, คะแนน 48 - 55 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้, คะแนน 56 - 63 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี และคะแนน 64 - 80 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามดำเนินการโดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล สาขานามัยชุมชน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน ทำการประเมินความ สอดคล้องของข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความคำถามกับวัตถุประสงค์ ของการวิจัย (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เป็นเกณฑ์ในการประเมิน พบว่า ค่าดัชนี IOC ของข้อ คำถามทั้งหมดอยู่ในช่วงระหว่าง 0.67 - 1.00 โดยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงข้อความให้มีความ ชัดเจน ครบถ้วน และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างหลักในพื้นที่ตำบลบ้านเล่า อำเภอมือง จังหวัดชัยภูมิ ที่ไม่ใช่พื้นที่ที่เก็บข้อมูลวิจัย เพื่อ ประเมินความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ดังนี้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 0.81, แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.83 และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความอนุเคราะห์เข้าทำการเก็บข้อมูล การวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยคณะผู้วิจัยและผู้ช่วย นักวิจัย คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 3 คน ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการนัดประชุม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การใช้แบบสอบถาม เทคนิคและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่าง โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กรณีที่ไม่สะดวกอ่านแบบสอบถาม เช่น ตัวหนังสือตัว เล็ก อ่านได้ช้า ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม แล้วให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบด้วย ตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดไม่สบายใจ สามารถปฏิเสธในการตอบแบบสอบถาม และสามารถถอนตัวจากการ วิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาหรือการรับบริการด้านสุขภาพ โดยมีแบบสอบถามที่มีข้อมูล ครบถ้วน จำนวน 410 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.51

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน และกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Vanichbuncha, 2015) ดังนี้ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.913 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean=0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.995 ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่ ตัวแปรอิสระจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรมีค่าไม่เกิน 0.80 ร่วมกับพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าเท่ากับ 3.151-6.166 และ Tolerance มีค่าเท่ากับ 0.162-0.367

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เอกสารรับรองเลขที่ HE067-1-003 วันที่รับรอง 7 มีนาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 410 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 74.15 มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี ร้อยละ 51.22 มีอายุเฉลี่ย 70.55 ปี (SD= 7.70)อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 89 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.12 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.59 ลักษณะความเป็นอยู่อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน ร้อยละ 60.98 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.17 มีรายได้ครอบคลุมครัวต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 82.68 เฉลี่ยรายได้ต่อเดือน 3,925.12 บาท (SD=5,011.87) รายได้ต่ำสุด 600 บาท รายได้สูงสุด 50,000 บาท ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 - 5 ปี ร้อยละ 39.27 ระยะเวลาเฉลี่ย 8.99 ปี (SD= 6.62) ระยะเวลาสั้นสุด 1 ปี ระยะเวลาสูงสุด 31 ปี ความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 72.93 ความดันโลหิตเฉลี่ย 134.64/75.94 มิลลิเมตรปรอท (SD= 15.94/9.96)

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (n=410)

ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ					ระดับ
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก	M	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(SD)	
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	149 (36.34)	100 (24.39)	82 (20.00)	79 (19.27)	12.36 (4.01)	พอใช้
ทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	122 (29.76)	134 (32.68)	69 (16.83)	85 (20.73)	12.56 (3.82)	พอใช้
ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	111 (27.07)	128 (31.22)	74 (18.05)	97 (23.66)	12.74 (3.88)	พอใช้
ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	101 (24.63)	116 (28.29)	83 (20.25)	110 (26.83)	13.06 (3.94)	พอใช้
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	141 (34.38)	112 (27.32)	94 (22.93)	63 (15.37)	50.73 (14.66)	พอใช้

จากตาราง 1 พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ (M= 50.73, SD= 14.66) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ทักษะอื่น ๆ อยู่ในระดับพอใช้เช่นกัน โดยทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (M= 13.06, SD= 3.94) รองลงมาคือ ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (M= 12.74, SD= 3.88) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (M= 15.16, SD= 4.12) ทักษะการตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (M=12.74, SD= 3.88) และทักษะการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (M= 12.56, SD= 3.82) ตามลำดับ

3. ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (n=410)

ตัวแปร	ระดับต่ำ		ระดับปานกลาง		ระดับสูง		M	SD	ระดับ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	0	0.00	264	64.39	146	35.61	3.01	0.39	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0	0.00	409	99.76	1	0.24	3.06	0.49	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.39 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 (SD= 0.39) และการสนับสนุนทางสังคมโดยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 99.76 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (SD= 0.49)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ดังตาราง 3

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (n=410)

ตัวแปร	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	<i>r</i>	<i>p</i>	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.471**	<0.001	น้อย
ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.523**	<0.001	ปานกลาง
ด้านความคาดหวังในผลลัพธ์	0.353**	<0.001	น้อย
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.477**	<0.001	น้อย
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.482**	<0.001	น้อย
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน	0.448**	<0.001	น้อย
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข	0.536**	<0.001	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ	0.441**	<0.001	น้อย

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, r = Pearson Product Moment Correlation Coefficient

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม ($r = 0.471$) ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($r = 0.523$) และความคาดหวังในผลลัพธ์ ($r = 0.353$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ($r = 0.477$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = 0.482$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r = 0.448$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข ($r = 0.53$) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ($r = 0.44$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ด้วยวิธี Stepwise multiple linear regression analysis

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	beta	t	p- value
แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข	12.464	2.283	0.390	5.460**	<0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	18.974	3.246	0.584	5.845**	<0.001
ความคาดหวังในผลลัพธ์	-10.481	2.905	-0.265	-3.608**	<0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ	-5.173	2.252	-0.176	-2.297*	0.022

Constant=3.558, R=0.586, R²=0.344, SEE=11.938, F=53.011**, Sig. of F=<0.001

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

จากตาราง 4 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสาธารณสุข (p -value < 0.001) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (p -value < 0.001) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (p -value < 0.001) และแรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ (p -value < 0.001) มีผลต่อการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 34.4 ความคลาดเคลื่อนจากการทำนายเท่ากับ + 11.94 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำนายมากที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Beta= 0.58) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข (Beta= 0.39) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Beta = -0.265) แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ (Beta = -0.17) ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้ง 4 ร่วมกันพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 34.4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาสร้างสมการพยากรณ์ ในรูปแบบคะแนนดิบได้ ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง = $3.558 + 12.464$ (แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข) + 18.974 (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) - 10.481 (ความคาดหวังในผลลัพธ์) - 5.173 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ)

การอภิปรายผล

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 34.39 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการมีอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง และเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและภาวะเสื่อมถอยของร่างกาย มีข้อจำกัดทางกายภาพที่ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารในสังคมลดลง รวมทั้งต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นด้วย (Chitramontree, 2015) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอ (Sritani, 2017) โดยสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เป็นต้น และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ

ด้านการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับไม่ดี และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเองพบว่า อยู่ในระดับพอใช้ (Kaewbanchak, Chumwangwapee, & Suwannaphan, 2020) ดังนั้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องลดข้อจำกัดหรืออุปสรรคของการเรียนรู้ในการพัฒนาให้เกิดขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟัง การอ่านและการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เกิดข้อจำกัดในการสื่อสาร โดยเฉพาะการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางป้องกันและจัดการ โรคความดันโลหิตสูงเข้าใจคำแนะนำเกี่ยวกับยา อาหาร และการใช้ชีวิตวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อเลือกรูปแบบ การดูแลตนเองที่เหมาะสม และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพที่ได้รับอย่างมีประสิทธิภาพ (Thai Hypertension Society, 2019) นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการ ตัดสินใจและทักษะการเลือกปฏิบัติ ซึ่งทักษะด้านนี้เป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมและทักษะที่สั่งสมมา ผู้สูงอายุจึง คิดตัดสินใจและเลือกในสิ่งที่ตรงกับความต้องการของตนได้อย่างเหมาะสม (Rattanachankorn, Thanapanthiwakul, & Rattanachankorn, 2023)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน ($Beta = 0.58$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข ($Beta = 0.39$) ความคาดหวังใน ผลลัพธ์ ($Beta = -0.265$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อ ($Beta = -0.17$) สามารถร่วมกันพยากรณ์ความรอบรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 34.4 ความคลาดเคลื่อนจากการทำนายร้อยละ 11.94 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีทิศทางอิทธิพลเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า การมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นแรงผลักดันสำคัญในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Naowsuwan, Singhasem, & Yimyuan (2016) ที่ พบว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ อีกทั้งสอดคล้องกับงานของ Ploysuwan, Wongprathum, Rattanakamonkarn, Pantewan, & Pheungching (2021) ที่รายงานว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขร่วมกันทำนายความรอบรู้ ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ

แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุข แสดงอิทธิพลเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ สะท้อนให้ เห็นว่าการได้รับข้อมูล คำแนะนำ และการติดตามต่อเนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้และ ปรับใช้ความรู้ในการจัดการโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jandaeng (2024) ที่พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุน ทางสังคมและความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงสามารถอธิบายระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถึงร้อยละ 49

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ยังพบว่า ความคาดหวังในผลลัพธ์ และ แรงสนับสนุนทางสังคมจากสื่อมีอิทธิพลเชิง ลบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีความคาดหวังสูงเกินไป แต่ไม่สอดคล้องกับ ความสามารถที่แท้จริง จึงส่งผลให้เกิดความท้อแท้หรือเลือกปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม และการได้รับข้อมูลจากสื่อที่ขาด ความน่าเชื่อถือ อาจนำไปสู่การตีความที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Gan & He (2020) ที่ระบุว่า การได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากสื่อสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและความเปราะบางใน

ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับงานของ Kongsaa, Boonyamalik & Kerdmongkol (2020) ที่พบว่าสื่อสุขภาพที่เหมาะสมช่วยเพิ่มพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรการคัดกรอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (คลินิก NCD/รพ.สต.) และระบุเป็น ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ ระดับหน่วยบริการ/เครือข่ายอำเภอเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. การส่งเสริมบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านเสริมแรงสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข อย่างเป็นระบบ พัฒนาแกนนำครอบครัว/อสม. ในการการติดตามระยะสั้น ติดตามสมุดบันทึก ปฏิทินกินยา/วัดความดันโลหิต และช่องทางสื่อสารใกล้ชิด (LINE OA/โทรติดตาม)
3. ข้อมูลสามารถนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรม รวมถึงพัฒนาเนื้อหาในสื่อสุขภาพ เช่น ใบปลิว แอปพลิเคชัน หรือกิจกรรมให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลที่ตอบสนองต่อระดับความรอบรู้ของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านบริหาร เป็นแนวทางในการวางแผนสนับสนุนแนวทางการดูแลและงบประมาณในการส่งเสริมการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง 4 ทักษะสำคัญ พร้อมมีระบบติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน เพื่อพัฒนานโยบายสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน
2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล การออกแบบควรออกแบบกิจกรรมและให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ด้านการวิจัย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงศึกษาปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่อาจส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถออกแบบแนวทางการพัฒนาสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (2009). Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness. In E. A. Locke (Ed.), *Handbook of principles of organizational behavior* (pp. 179–200). Oxford: Blackwell.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. New Jersey: Prentice Hall Inc.

- Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development. (2021). *Manual for developing health literacy in disease prevention and health threats control*. Nonthaburi: R.N.P.P. Water Co., Ltd. (in Thai)
- Chitramontree, N. (2015). Aging population; Trends and issues in elderly care. In W. Thongcharoen (Ed.), *Science and art of elderly nursing*. Bangkok: NP Press. (in Thai)
- Department of Health Service Support (TH), Health Education Division. (2023). *Health literacy assessment form. Health behaviors of patients with high blood pressure* [Internet]. Retrieved January 20, 2024, from <http://www.hed.go.th/linkHed/412>. (in Thai)
- Gan, L., & He, X. (2020). The interrelationship between health literacy, social support, depression, and frailty among older patients with hypertension and diabetes in China. *Frontiers in Public Health*, 8, 280.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jandaeng, T. (2024). Factors influencing health literacy in hypertensive patients in Mueang District, Nakhon Phanom Province. *Journal of Environmental Health and Community Health*, 9(4), 471–477.
- Kaewbanchak, N., Chumwangwapee, P., & Suwannaphan, K. (2020). Factors of health literacy associated with health behaviors among older adults with hypertension in Khok Si Subdistrict, Mueang District, Khon Kaen Province. *Journal of Public Health and Health Science*, 3(3), 1–15.
- Kongsaa, A., Boonyamalik, P., & Kerdmongkol, P. (2020). Effects of a health literacy promotion program on blood pressure control behavior among elderly hypertensive patients. *Kuakarun Journal*, 27(2), 90–102.
- Ministry of Public Health. (2023). *Annual public health report 2023*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Naowsuwan, K., Singhasem, P., & Yimyuan, Y. (2016). Relationship and predictive power of social support on self-care behaviors among hypertensive patients. *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal*, 8(1), 1–12.
- Nilnate, W., Hengpraprom, S., & Hanvoravongchai, P. (2016). Level of health literacy in thai elders Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*, 30(5), 315–321.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.

- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Phuchongchai, T., Phattharasirisomboon, P., Nuansithong, N., Yatniyom, P., & Laokhomphrutajan, J. (2023). The Program for Enhance Health Literacy of the Older People: A Mixed Method. *Journal of Nursing and Health Care*, 41(2), 1–18.
- Ploysuwan, C., Wongprathum, S., Rattanakamonkarn, C., Pantewan, P., & Pheungching, T. (2021). Factors affecting health literacy among elderly hypertensive patients in Nongprue Community, Samut Prakan province. *Journal of Nursing Education*, 14(2), 52–64.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Rattanachankorn, K., Thanapanthiwakul, P., & Rattanachankorn, K. (2023). Developing health literacy among the elderly for quality of life improvement. *Christian University Nursing Journal*, 10(1), 85–97.
- Shi, D., Li, J., Wang, Y., Wang, S., Liu, K., Shi, R., et al. (2017). Association between health literacy and hypertension management in a Chinese community: A retrospective cohort study. *Internal and Emergency Medicine*, 12, 765–776. <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1651-7>.
- Sinsap, N., Chankra, J., & Jaimun, B. (2017). Hypertension in the elderly: The silent killer that should be recognized. *Phrapokklao Nursing College Journal*, 28(1), 100–109. (in Thai)
- Sritani, K. (2017). Relationship between health literacy and quality of life among elderly people in Northeastern Thailand. *Journal of Health Systems Research*, 11(1), 26–36. (in Thai)
- Statistics Division, Chaiyaphum Provincial Public Health Office. (2024). *Report on non-communicable diseases (NCD) morbidity*. Retrieved January 20, 2024, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11. (in Thai)
- Thai Hypertension Society. (2019). *Thai guidelines on the treatment of hypertension*. Chiang Mai: Tri Ting. (in Thai)
- Vanichbuncha, K. (2015). *Using SPSS for Windows in data analysis* (27th ed.). Bangkok: Samlada Printing. (in Thai)
- Wayne, W. D. (1995). *Sample size calculations in research*. Boston, MA: Boston University School of Public Health.

World Health Organization. (2018). *World Hypertension League (WHL): World Hypertension Day*

[Internet]. Retrieved January 25, 2024, from

<http://www.whleague.org/index.php/features/world-hypertension-day>

World Heart Federation. (2024). *Hypertension*. Retrieved July 16, 2024, from [https://world-heart-](https://world-heart-federation.org/resources/hypertension/)

[federation.org/resources/hypertension/](https://world-heart-federation.org/resources/hypertension/).

ประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง)
Efficiency of Teamwork among Personnel of the Praboromarajchanok Institute
(Central Administration)

เนตรวารี ยิ้มแย้ม* และ เจษณี บุตรดำ

Netwari Yimyaem* and Chetsanee Butdam

คณะพัฒนาศาสตร์พยาบาล มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Faculty of Human Resource Development, Ramkhamhaeng University

(Received: May 22, 2025, Revised: October 3, 2025, Accepted: October 10, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก และ 2) เปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรภายในสถาบันพระบรมราชชนก คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 160 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.67 - 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบโดยใช้สถิติ Independent sample t-test และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธีของ LSD

ผลการศึกษา พบว่า 1) บุคลากรมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.32$, $SD = 0.57$) 2) ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมบุคลากร พบว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม ด้านความร่วมมือ ด้านความคิดสร้างสรรค์ และภาพรวมแตกต่างกัน ($p = 0.16$, < 0.01 และ 0.02) ประเภทบุคลากรต่างกันมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม ด้านการติดต่อสื่อสารแตกต่างกัน ($p = 0.02$) เพศ อายุ และระยะเวลาการทำงานต่างกัน มีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมรายด้านทุกด้านไม่แตกต่างกัน

ฉะนั้น สถาบันพระบรมราชชนกควรนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากร โดยส่งเสริมและเพิ่มทักษะความร่วมมือ ด้านความคิดสร้างสรรค์ และการติดต่อสื่อสารให้กับบุคลากรทุกระดับ

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพ, การทำงานเป็นทีม, สถาบันพระบรมราชชนก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e mail: 6614480005@rumail.ru.ac.th)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to: (1) examine the teamwork efficiency of personnel at the Praboromarajchanok Institute, and (2) compare teamwork efficiency across personnel groups within the Institute. The study population consisted of personnel at the Praboromarajchanok Institute. A sample size of 160 participants was calculated. The research instrument was a questionnaire validated by three experts, with a content validity index (CVI) ranging from 0.67 to 1.00. The reliability of the questionnaire was 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics used were Independent Samples t-test and one-way ANOVA, with pairwise comparisons conducted using the LSD method.

The results showed that 1) the overall teamwork efficiency of personnel was at a high level ($M = 4.32$, $SD = 0.57$); 2) Personnel with different educational levels demonstrated significantly different teamwork efficiency in collaboration, creativity, and overall scores ($p = 0.16$, < 0.01 , and 0.02 , respectively). In addition, personnel with different job types showed significantly different teamwork efficiency in communication ($p = 0.02$). However, no significant differences in teamwork efficiency across all dimensions were found when comparing personnel by gender, age, or years of work experience.

Therefore, the Praboromarajchanok Institute should utilize these findings to enhance the teamwork efficiency of its personnel by promoting and strengthening collaboration skills, creativity, and communication among staff at all levels.

Keywords: Efficiency, Teamwork, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

การทำงานเป็นทีมถือเป็นหนึ่งในทักษะสำคัญที่ทุกคนในองค์กรต้องมี เนื่องจากในปัจจุบันแทบจะไม่มีงานใดที่สามารถทำได้โดยไม่ต้องมีการประสานงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งการทำงานเป็นทีมมีบทบาทสำคัญในการนำไปสู่ความสำเร็จของงาน โดยต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของสมาชิกอย่างต่อเนื่อง (Phaoht, 2016) อีกทั้ง ยังช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพในกระบวนการทำงาน และช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้รวดเร็วและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น การทำงานเป็นทีมคือ การที่บุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปร่วมมือกันปฏิบัติงานตามบทบาทและหน้าที่ของตน โดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ร่วมกัน พร้อมทั้งมีการวางแผน ประสานงาน ตัดสินใจ และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้งานที่ได้รับมอบหมายบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพการที่องค์กรสามารถทำงานเป็นทีมได้ดี จะช่วยให้องค์กรมีความสามารถในการปรับตัวและตอบสนองต่อความท้าทายในตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพ (Phetsombat, 2021) อย่างไรก็ตาม การทำงานเป็นทีมไม่ได้หมายถึงการทำงานร่วมกันอย่างเดียบบางครั้งการทำงานในทีมอาจเจอกับอุปสรรคที่ทำให้การทำงานไม่ราบรื่นเท่าที่ควร ปัญหาการสื่อสารที่ไม่ชัดเจน การแข่งขันเพื่อแย่งชิงตำแหน่งหรือผลประโยชน์ การขาดความไว้วางใจในเพื่อนร่วมทีม หรือการกระจายงานที่ไม่เหมาะสม ล้วนเป็นปัจจัยที่อาจทำให้การทำงานเป็นทีมไม่ประสบผลสำเร็จตามที่คาดหวัง

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข ให้การศึกษา ส่งเสริมวิชาการและวิชาชีพ ทำการสอน ทำการวิจัย ให้บริการทางวิชาการแก่สังคม และทะนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม ในปัจจุบันสถาบันพระบรมราชชนก มีคณะที่ดำเนินการจัดการเรียนการสอนจำนวน 3 คณะ ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ มีวิทยาลัยในสังกัดกระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ จำนวน 42 แห่ง และสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) เป็นที่ตั้งของสำนักงานโดยมีบุคลากรสายสนับสนุนปฏิบัติงานเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายขององค์กร โดยประกอบไปด้วยกองต่าง ๆ ซึ่งจะต้องมีการทำงานร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการทำงานร่วมกับวิทยาลัยในสังกัด (Praboromarajchanok Institute, 2024) ทั้งนี้ ในทางปฏิบัติการทำงานเป็นทีมมักประสบกับปัญหาและอุปสรรคหลากหลาย การสื่อสารที่ไม่ชัดเจน ความแตกต่างด้านบุคลิกภาพหรือค่านิยมของสมาชิก ตลอดจนการขาดความเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อบรรยากาศการทำงาน ความร่วมมือระหว่างเพื่อนร่วมงาน และความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของทีมอย่างมีประสิทธิภาพ สถาบันพระบรมราชชนกได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการทำงานเป็นทีมของบุคลากรที่จะสามารถปฏิบัติงานเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ฉะนั้น ผลของการศึกษาประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนกในครั้งนี้จะสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์กรและประยุกต์ใช้ในการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก จำแนกตามปัจจัย

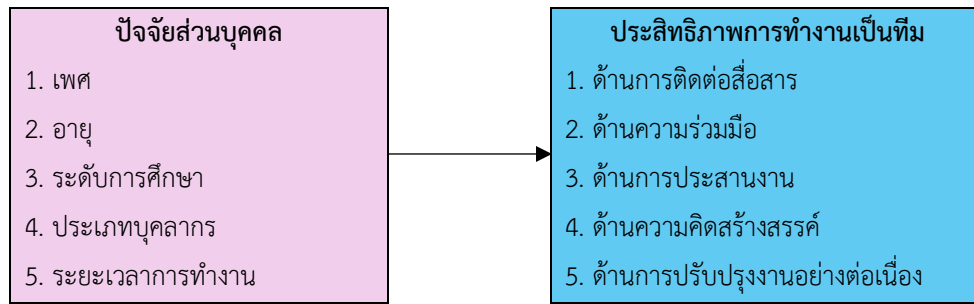
ส่วนบุคคล

สมมติฐาน

เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร และระยะเวลาการทำงานของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก ที่แตกต่างกันจะมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากศึกษาการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวน จากแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเป็นทีม โดยใช้ตามแนวคิดของ Romig (1996) มาเป็นกรอบแนวคิดงานวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก ประกอบด้วย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และลูกจ้างเหมาบริการเอกชนดำเนินการ จำนวน 240 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณสำเร็จ Yamane (1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง 150 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้ 15 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 165 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบ่งสัดส่วนตามประเภทบุคลากร สุ่มตัวอย่างในแต่ละประเภทโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการวิจัย ซึ่งเป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Online survey) ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล มีทั้งหมด 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามปลายปิด (Close-ended question) มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) โดยในแต่ละข้อให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร และระยะเวลาการทำงาน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) โดยมีลักษณะของคำถามเป็นคำถามปลายปิด (Close-ended question) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด (5 คะแนน) ถึงน้อยที่สุด (1 คะแนน) โดยผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของระดับประสิทธิภาพตามเกณฑ์ของ Likert scale (1967) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

4.51 - 5.00	ประสิทธิภาพอยู่ในระดับมากที่สุด
3.51 - 4.50	ประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก
2.51 - 3.50	ประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลาง

1.51 - 2.50

ประสิทธิภาพอยู่ในระดับน้อย

1.00 - 1.50

ประสิทธิภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงเชิงเนื้อหา (Validity) ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามสามารถวัดได้สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องการวัดคือดัชนีชี้วัดความลงรอยกัน (Index of item-objective congruence, IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 หลังจากนั้นจะทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือวัด (Reliability) โดยเป็นการตรวจสอบความคงที่หรือความคงเส้นคงวาของแบบสอบถามด้วยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach' Alpha) ซึ่งใช้ข้อมูลจากการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Pre-test) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับงานวิจัย (ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) จำนวน 30 คน ได้ผลของค่าอัลฟาครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตศึกษา คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหงเพื่อยื่นขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยขอความอนุเคราะห์จากอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแจกแบบสอบถามกับบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง)
2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยทำหนังสือขออนุญาตหัวหน้าส่วนราชการเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล ทำการสุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างบุคลากรแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) แบ่งสัดส่วนตามประเภทบุคลากร สุ่มตัวอย่างในแต่ละประเภทโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) และดำเนินการแจกแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองผ่านทางระบบเก็บแบบสอบถามออนไลน์ (Google forms)
3. ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามได้รับการตอบกลับจากผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 96.97 แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อหาค่าทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลและอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างปัจจัยส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
2. วิเคราะห์การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก (ส่วนกลาง) กรณีเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระที่มี 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศ ใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าที (Independent sample t-test) และกรณีเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร และระยะเวลาการทำงาน ใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

(One-way ANOVA) ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นำไปทดสอบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ เลขที่ IRRB 8/2568.7.3 ลงวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.20) มีอายุระหว่าง 25 - 34 ปี (ร้อยละ 47.50) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 75.60) เป็นพนักงานราชการ (ร้อยละ 36.90) และมีระยะเวลาการทำงาน 1 - 5 ปี (ร้อยละ 51.20)
2. ประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม เป็นรายด้าน

ประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม	M	SD	ระดับ
1. ด้านการติดต่อสื่อสาร	4.28	0.66	มาก
2. ด้านความร่วมมือ	4.37	0.63	มาก
3. ด้านการประสานงาน	4.38	0.52	มาก
4. ด้านความคิดสร้างสรรค์	4.21	0.70	มาก
5. ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง	4.35	0.61	มาก
ภาพรวม	4.32	0.57	มาก

จากตาราง 1 พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.32$, $SD = 0.57$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยด้านการประสานงานมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.38$, $SD = 0.52$) รองลงมาคือ ด้านความร่วมมือ ($M = 4.37$, $SD = 0.63$) ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ($M = 4.35$, $SD = 0.61$) ด้านการติดต่อสื่อสาร ($M = 4.28$, $SD = 0.66$) และด้านความคิดสร้างสรรค์ ($M = 4.21$, $SD = 0.70$) ตามลำดับ

3. ผลการเปรียบเทียบระดับประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก ดังตาราง 2 และ 3

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบระดับประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก จำแนกตามเพศ เป็นรายด้าน

การทำงานเป็นทีม	เพศชาย		เพศหญิง		t	p-value
	M	SD	M	SD		
1. ด้านการติดต่อสื่อสาร	4.37	0.56	4.23	0.72	1.21	0.23
2. ด้านความร่วมมือ	4.41	0.55	4.35	0.67	0.63	0.53
3. ด้านการประสานงาน	4.42	0.50	4.36	0.62	0.60	0.55
4. ความคิดสร้างสรรค์	4.36	0.58	4.14	0.75	1.86	0.07
5. การปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง	4.46	0.52	4.30	0.66	1.56	0.12
ภาพรวม	4.40	0.47	4.28	0.62	1.33	0.18

หมายเหตุ : มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 พบว่า เพศที่ต่างกันประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมไม่แตกต่างกันทุกด้าน

ตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบการจำแนกกลุ่มคนต่อการมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร และระยะเวลาการทำงาน

การทำงานเป็นทีม	อายุ		ระดับการศึกษา		ประเภทบุคลากร		ระยะเวลาการทำงาน	
	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value
1. ด้านการติดต่อสื่อสาร	1.04	0.39	1.40	0.25	3.29	0.02*	0.66	0.58
2. ด้านความร่วมมือ	1.17	0.33	4.27	0.02*	1.91	0.13	0.81	0.49
3. ด้านการประสานงาน	0.78	0.54	2.69	0.07	1.01	0.39	0.77	0.51
4. ด้านความคิดสร้างสรรค์	0.58	0.68	6.26	<0.01*	1.78	0.15	0.60	0.62
5. ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง	0.51	0.73	2.83	0.06	0.69	0.56	0.98	0.40
ภาพรวม	0.78	.543	4.167	0.02*	1.959	0.12	0.69	0.56

หมายเหตุ : มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 พบว่า อายุที่ต่างกันมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมทุกด้านไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมด้านความร่วมมือ ด้านความคิดสร้างสรรค์ และภาพรวมแตกต่างกัน ($p = 0.02$ และ < 0.01) ประเภทบุคลากรต่างกันมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมด้านการติดต่อสื่อสารแตกต่างกัน ($p = 0.02$) และระยะเวลาการทำงานที่ต่างกันมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมทุกด้านไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยเรื่องประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก มีประเด็นสำคัญอภิปรายดังนี้

1. ผลการศึกษาระดับประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนกพบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับจากมากที่สุด ได้แก่ ด้านการประสานงาน ด้านความร่วมมือ ด้านการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านความคิดสร้างสรรค์ ตามลำดับ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากว่า ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในส่วนกลาง ซึ่งบุคลากรจะต้องมีการประสานงานภายในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคที่อยู่ทั่วประเทศ และบุคลากรส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 75.60) อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.20) เพราะด้วยลักษณะนิสัยของเพศหญิงจะมีความอ่อนโยน ละเอียดต่อการปฏิบัติงาน จึงส่งผลต่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ในการทำงานของส่วนกลางยังต้องอาศัยทักษะต่าง ๆ เพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และมีการทำงานเป็นทีม จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้บุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนกมีความตระหนักถึงความสำคัญของการทำงานเป็นทีม และมีวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมการร่วมมือกันอย่างเข้มแข็ง การประสานงานที่ดีเกิดจากการมีระบบงานที่ชัดเจน การแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม และความเข้าใจในเป้าหมายร่วมกัน ส่วนด้านความร่วมมือและการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงการเปิดรับความคิดเห็น การเรียนรู้ร่วมกัน และการพัฒนาทักษะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ด้านการติดต่อสื่อสารที่อยู่ในระดับมากสะท้อนถึงช่องทางการสื่อสารภายในองค์กรที่มีประสิทธิภาพ แม้ด้านความคิดสร้างสรรค์จะอยู่ในลำดับสุดท้าย แต่ก็ยังอยู่ในระดับมาก ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบุคลากรยังคงให้ความสำคัญกับการเสนอแนวคิดใหม่ ๆ เพื่อพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน ผลการศึกษานี้ความสอดคล้องกับ Ananmungkang (2017) ที่พบว่า การทำงานเป็นทีมของครูโรงเรียนมารีวิทย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชลบุรี เขต 3 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับ Pooapthong & Pumipuntu (2021) ที่พบว่า ประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของสถานศึกษาเอกชนในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ Sreamsawat & Pansuwan (2024) ที่พบว่า ระดับประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของสำนักงานอัยการในพื้นที่จังหวัด พระนครศรีอยุธยา โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

2. เปรียบเทียบประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประเภทบุคลากร และระยะเวลาการทำงาน จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาและประเภทบุคลากรที่ต่างกันส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า

2.1 ระดับการศึกษาของบุคลากรที่ต่างกันจะมีความร่วมมือ ความคิดสร้างสรรค์ และการทำงานเป็นทีมในภาพรวมต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนกส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 75.60) เป็นไปได้ว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามักมีมุมมองที่กว้างและมีทักษะการคิดวิเคราะห์ซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อบทบาทความร่วมมือ ความคิดสร้างสรรค์ และการทำงานเป็นทีม ทั้งนี้ยังอาจเป็นไปได้ว่า บุคลากรที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าจะมีลักษณะที่ต้องรับผิดชอบมากกว่าทั้งการประสาน และขอความร่วมมือภายในส่วนกลาง และจะต้องประสานไปยังวิทยาลัยต่าง ๆ อีกด้วย ฉะนั้นบุคลากรจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมี

ความร่วมมือ ความคิดสร้างสรรค์ในงาน การปฏิบัติงานจึงส่งผลต่อการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับศึกษาของ Janwong (2023) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของข้าราชการกรมศุลกากร จังหวัดสงขลา แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Sreamsawat & Pansuwan (2024) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของสำนักงานอัยการในพื้นที่จังหวัด พระนครศรีอยุธยา ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษา Seneesinghanat, Latthasaksiri, Vijchulata, Sapkerd, & Kasemwutthichai (2021) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของพนักงานบริษัทสหพัฒน์ปิูล จำกัด (มหาชน) ไม่ต่างกัน

2.2 ประเภทบุคลากรที่ต่างกันจะมีการติดต่อสื่อสารแตกต่างกัน อาจจะเป็นเพราะว่า บุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนก มีหลายประเภท ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ และลูกจ้างเหมาบริการเอกชน โดยผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นพนักงานราชการ (ร้อยละ 36.90) และมีระยะเวลาการทำงาน 1 - 5 ปี (ร้อยละ 51.20) เป็นไปได้ว่า บุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนกส่วนใหญ่จะได้รับการจ้างทดแทนข้าราชการที่เกษียณอายุราชการ หรือลาออก ทำให้ยังมีการติดต่อสื่อสารที่ต่างกัน เพราะด้วยลักษณะงานของสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถานศึกษาที่มีทั้งสำนักงาน และการเรียนการสอนที่แตกต่างกัน ฉะนั้น ในการติดต่อสื่อสารจึงอาจจะต้องมีการประสานที่หลากหลายรูปแบบ จึงอาจจะทำให้บุคลากรแต่ละประเภทมีการติดต่อสื่อสารที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับศึกษาของ Janwong (2023) ที่พบว่า บุคลากรในแต่ละประเภท เช่น สายสนับสนุนและสายวิชาการ อาจมีความแตกต่างในรูปแบบการทำงาน ความยืดหยุ่น และเป้าหมายการทำงาน ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีม และการสร้างบรรยากาศของความร่วมมือ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sreamsawat & Pansuwan (2024) ที่พบว่า ประเภทบุคลากรที่ต่างกันจะมีประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของสำนักงานอัยการในพื้นที่จังหวัด พระนครศรีอยุธยา แตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจเกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนกในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการประสานงาน ทั้งนี้เนื่องสถาบันพระบรมราชชนกมีระบบการทำงานที่ชัดเจน การแบ่งบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม และการมีเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดความร่วมมือและการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งยังแสดงถึงวัฒนธรรมองค์กรที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมอย่างเข้มแข็ง นอกจากนี้งานวิจัยยังแสดงให้เห็นว่า ลักษณะประชากรศาสตร์ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานเป็นทีม จึงเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาบุคลากรของสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตามความคิดเห็นของบุคลากรสถาบันพระบรมราชชนก ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยได้รูปแบบของการทำงานเป็นทีมที่จะสามารถนำข้อมูลมาพัฒนาองค์กรต่อไป

References

- Ananmungskang, P. (2017). The study of teacher's teamwork of Maryvit school under Chonburi primary educational service area office 3. Master's project in Educational Administration, Faculty of Education, Burapha University. (in Thai)
- Janwong, I. (2023). *Teamwork factors affecting work performance efficiency of customs department officers in Songkhla province*. A minor thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of public administration Prince of Songkla University. (in Thai)
- Likert, R. (1967). *The human organization: Its management and value*. New York: McGraw-Hill
- Phaoht, L. (2016). *Teamwork of teachers in opportunity expansion schools Muang Trat district, under the office of Trat educational service area*. A thesis for the master of education (Educational Administration), Burapha University. (in Thai)
- Phetsombat, P. (2021). Administrators and teamwork. *Education Journal, Faculty of Education, Nakhon Sawan Rajabhat University*, 4(1), 1-7.
- Pooapthong, S. & Pumipuntu, S. (2021). Transformational leadership of administrators affecting Teamwork efficiency of private schools in Roi Et province. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University*, 40(4), 98-109.
- Praboromarajchanok Institute. (2024). *Operational plan of the Praboromarajchanok Institute*. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Romig, D. (1996). *Breakthrough teamwork: out standing result using structured teamwork*. Chicago: Irwin.
- Seneesinghanat, N., Latthasaksiri, P., Vijchulata, C., Sapkerd, P., & Kasemwutthichai, W. (2021). The relationship between work-related factors and the teamwork efficiency of employees of Saha Pathanapibul public company limited. *Rajapark Journal*, 15(43), 281-292.
- Sreamsawat, N. & Pansuwan, A. (2024). Effective teamwork of personal Office of The Attorney General in the area Ayutthaya. *Mahachula Academic Journal*, 10(1), 175-190.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. 3rd Edition, Harper and Row, New York.

การพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษในคลินิกไทรอยด์
โรงพยาบาลสะเดา

Development of a Self-Care Manual for Patients with Hyperthyroidism in the
Thyroid Clinic, Sadao Hospital

อัมพร วรานุสรณ์^{1*} และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ²

Amporn Varanused¹ and Kittiporn Nawsuwan²

¹โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Sadao Hospital, Songkhla Province, ²Boromrajonani College of Nursing Songkhla, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

(Received : September 9, 2025, Revised : November 9, 2025, Accepted : November 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาเพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา ความต้องการ พัฒนาคู่มือ และประสิทธิผลของคู่มือ การดูแลตนเองของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษในคลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลสะเดา ดำเนินการ 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้วิธีทบทวนเอกสารข้อมูลทฤษฎีและวิธีเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2 พัฒนาคู่มือใช้ขั้นตอนตามแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ ได้แก่ เข้าใจปัญหา กำหนดปัญหาให้ชัดเจน การระดมความคิด การสร้างต้นแบบที่เลือก และการทดสอบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ระยะที่ 3 ศึกษา ประสิทธิภาพของคู่มือ ใช้วิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย ไทรอยด์เป็นพิษ จำนวน 27 ราย เครื่องมือวิจัย เป็นคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่พัฒนาขึ้น มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์ เป็นพิษ 0.86 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.77 และ 0.71 ตามลำดับ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Dependent t-test, Wilcoxon Signed Rank test และ One sample Wilcoxon Signed Rank test ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ผู้ป่วยไทรอยด์ เป็นพิษ ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 251 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.11 โดยได้รับการผ่าตัด ต่อมไทรอยด์แล้ว ร้อยละ 7.57 กลืนแร่ ร้อยละ 13.94 ปฏิเสธการส่งต่อเพื่อกลืนแร่ เลือกรับประทานยาต้าน ฮอร์โมนตลอดชีวิต ร้อยละ 3.59 แพทย์ Methimazole ร้อยละ 0.40 Grave'disease ร้อยละ 17.93 มีโรคร่วม ร้อยละ 16.73 ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่กำเริบซ้ำ ร้อยละ 4.00 ผู้ป่วยวิกฤตไทรอยด์ ร้อยละ 1.20 ปัญหาที่พบ ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หักยาเอง มีอาการข้างเคียงจากยา มีการปรับการรับประทานยาเอง ไม่มา พบแพทย์ตามนัด 2) คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ เป็นสื่อที่เข้าใจง่าย มีรูปภาพประกอบ และ 3) หลังใช้คู่มือ ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ค่า FT3 และ FT4 ลดลง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สำหรับค่า TSH พบว่า ก่อนหลังใช้คู่มือไม่แตกต่างกัน และความพึงพอใจต่อ คู่มือในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (M= 4.60, SD= 0.35)

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่าคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ มีประโยชน์ต่อกลุ่มผู้ป่วย ไทรอยด์เป็นพิษที่รักษาด้วยการรับประทานยาต้านฮอร์โมนไทรอยด์

คำสำคัญ : การดูแลตนเอง, ไทรอยด์เป็นพิษ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: asaransed@yahoo.com)

Abstract

This research and development study aimed to examine the current situation, problems, and needs, as well as to develop and evaluate the effectiveness of a self-care manual for patients with hyperthyroidism in the Thyroid Clinic at Sadao Hospital. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved assessing the situation, problems, and needs of patients using secondary data review and qualitative methods. Phase 2 focused on developing the manual based on the principles of design thinking, which included understanding the problem, clearly defining the problem, brainstorming, creating selected prototypes, and conducting testing. The manual underwent expert validation by three specialists. Phase 3 examined the effectiveness of the manual using a one-group pretest–posttest quasi-experimental design. The sample consisted of 27 patients with hyperthyroidism. The research instruments included the newly developed self-care manual for patients with hyperthyroidism. The content validity index for the self-care behavior and satisfaction measures was 0.86. Cronbach's alpha reliability coefficients were .77 and .71, respectively. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, dependent t-test, Wilcoxon Signed Rank test, and One-sample Wilcoxon Signed Rank test. The results of the study revealed that

1. In 2024, there were 251 patients with hyperthyroidism. The majority were female (72.11%). Among them, 7.57% had undergone thyroid surgery, 13.94% received radioactive iodine therapy, and 3.59% refused referral for radioactive iodine and chose lifelong antithyroid medication instead. A total of 0.40% were allergic to Methimazole, 17.93% had Graves' disease, and 16.73% had comorbidities. Recurrent hyperthyroidism occurred in 4% of patients, and 1.20% were diagnosed with thyroid crisis. The main problems identified included irregular medication adherence, self-discontinuation of medication, drug side effects, self-adjustment of medication doses, and failure to attend scheduled follow-up appointments.

2. The self-care manual for patients with hyperthyroidism was developed to be easy to understand and included illustrated visual content.

3. After using the manual, patients demonstrated improved self-care behaviors. FT3 and FT4 levels significantly decreased at the .001 level. TSH levels showed no significant difference before and after manual use. Overall, satisfaction with the manual was at the highest level (Mean = 4.60, SD = 0.35).

Based on the study findings, it can be concluded that the self-care manual for patients with hyperthyroidism is beneficial for individuals receiving antithyroid medication therapy.

Keywords: Self-care, Hyperthyroidism

บทนำ

ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) มีสาเหตุได้จากก้อนเนื้อที่เป็นพิษและระยะไทรอยด์อักเสบจากไทรอยด์เป็นพิษ ชนิดโรคเกรฟส์ (Graves' disease, GD) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนเป็นพิษ มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 10 เท่า และมักเกิดขึ้นในช่วงอายุ 20 ถึง 40 ปี (National Health Service; NHS, 2025) ซึ่งมีอัตราความชุกทั่วโลก 2% ในผู้หญิง และ 0.5% ในผู้ชาย (Lee & Pearce, 2023) ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น หิวบ่อย รับประทานอาหารมากขึ้นแต่น้ำหนักตัวลดลง ชี้อ่อน หงุดหงิด นอนไม่หลับ ผู้ป่วยบางรายพบร่วมกับอาการทางตา (Ophthalmopathy) หรือความผิดปกติที่ผิวหนัง (Dermopathy: Localized myxedema) ร่วมด้วย (American Thyroid Association, 2023)

ก่อนที่โรงพยาบาลสะเตดจะมีการจัดตั้งคลินิกไทรอยด์ ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษต้องมาเจาะเลือดลงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อส่งตรวจหน่วยงานภายนอก แล้วนัดพบแพทย์ปฏิบัติการทั่วไปตรวจ รับประทานยาที่บ้าน ยังไม่มีการให้สื่อความรู้การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ (Sadao Hospital, 2025) ในระหว่างมารับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนประมาณ 18 - 24 เดือน (Kahaly, Bartalena, Hegedüs, Leenhardt, Poppe & Pearce, 2018; American Thyroid Association, 2023) ปัญหาที่พบผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษเมื่อรับประทานยาไประยะหนึ่ง มักหยุดการรักษา เมื่อมีอาการกำเริบก็กลับมารักษาใหม่ จนกระทั่งเมื่อต้นปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลสะเตดมีอายุรแพทย์มาประจำ มีการจัดตั้งคลินิกไทรอยด์ พัฒนาศักยภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้เอง ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษพบอายุรแพทย์ตรวจรักษาด้วยการรับประทานยาต้านฮอร์โมนไทรอยด์ Methimazole เป็นทางเลือกแรก เนื่องจากมีประสิทธิภาพดีกว่า การบริหารยาได้ง่ายกว่า (Jongcharoenprasert, 2024) ข้อมูลปี พ.ศ. 2566 - 2567 พบว่า มีผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษจำนวนหนึ่งมีอาการโรคกำเริบ (Relapse) ร้อยละ 2.95 และ 4 ตามลำดับ พบอุบัติการณ์ที่เกิดภาวะวิกฤตไทรอยด์ (Thyroid storm) ร้อยละ 0.37 และ 1.20 ตามลำดับ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนอันตรายถึงแก่ชีวิต (Almeida, 2022) จากผลการศึกษาข้อมูลย้อนหลังของ Charoenpiriya (2022) พบปัจจัยที่ทำให้โรคกำเริบ ได้แก่ อายุขณะวินิจฉัยโรค ≤ 40 ปี โดยมีค่าเฉลี่ยการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนไทรอยด์ 34.6 เดือน ซึ่งผู้วิจัยพบว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนไทรอยด์ การกลืนแร่หรือการผ่าตัดแล้ว แต่พบผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การสังเกตอาการผิดปกติของตนเองต่อภาวะวิกฤตไทรอยด์ ความสำคัญวันที่เริ่มรับประทานยาต้านฮอร์โมนไทรอยด์ การมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น เนื่องจากหากไม่ตระหนักถึงแผนการรักษา ภาวะไทรอยด์เป็นพิษมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ใช้เป็นสื่อการสอนแก่ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับการรักษาโรคไทรอยด์เป็นพิษ เพื่อให้สามารถควบคุมอาการและลดภาวะแทรกซ้อนไทรอยด์เป็นพิษได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ในคลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลสะเตด
2. เพื่อพัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ในคลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลสะเตด

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ในคลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลสะเดา

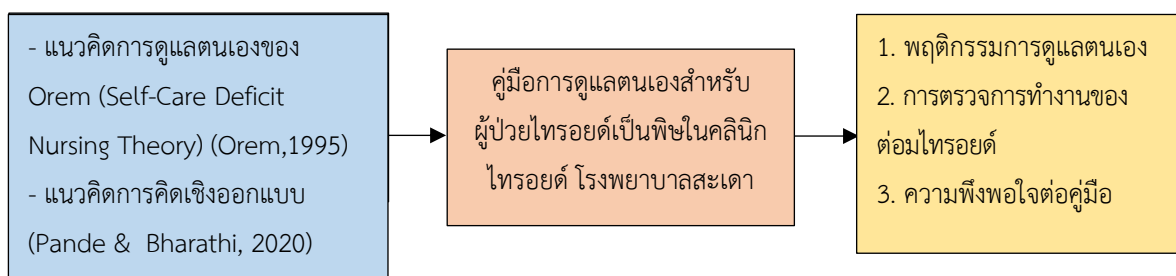
3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษระหว่างก่อนและหลังใช้คู่มือ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ในผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษระหว่างก่อนและหลังใช้คู่มือ

3.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษกับเกณฑ์ร้อยละ 80 โดยแปลงคะแนนความพึงพอใจเป็นร้อยละ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (Self-care deficit nursing theory) เน้นให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการดูแลตนเอง เพื่อรักษาสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีหลักสำคัญว่า: บุคคลมีความสามารถในการทำกิจกรรมดูแลตนเองได้เองในระดับที่พอเหมาะผู้ดูแลหรือระบบสุขภาพควรช่วยเสริมองค์ประกอบการดูแลตนเองเมื่อจำเป็น แบ่งปันบทบาทระหว่างบุคคล, ครอบครัว, และผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพ กระบวนการดูแลตนเองมีขอบเขตสามส่วน : การดูแลตนเองของบุคคล, การดูแลตนเองที่จำเป็นจากผู้อื่น, และความสามารถของระบบดูแลสุขภาพในการสนับสนุน (Orem, 1995) เพื่อพัฒนาเป็นคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ภายใต้ขั้นตอนแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) ได้แก่ ขั้นเข้าใจปัญหา (Empathize) กำหนดปัญหาให้ชัดเจน (Define) การระดมความคิด (Ideate) การสร้างต้นแบบที่เลือก (Prototype) การทดสอบ (Test) (Pande & Bharathi, 2020) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี การตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ในคลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลสะเดา ขั้นตอนนี้ใช้วิธีวิเคราะห์เอกสาร (Documentary research) และวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

ตรวจสอบข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) จากฐานข้อมูล HosXP โรงพยาบาลสะเดา จำนวนผู้ป่วยภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (Thyrotoxicosis) ตามระบบ ICD10 กลุ่ม E050-059 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 - 2567 และจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่มารับบริการแต่ละสัปดาห์ใน Excel ที่ได้บันทึกไว้ตั้งแต่จัดตั้งคลินิกไทรอยด์ปี พ.ศ. 2566 เป็นต้นมา (Sadao Hospital, 2025) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหาทั้งหมดมาแล้วจึงนำมาสังเคราะห์ก่อนนำมาพิจารณาการร่างเป็นคู่มือการดูแลผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ

วิธีเชิงคุณภาพ

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษในคลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 12 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติ คือ สามารถสื่อสารอ่านหนังสือภาษาไทยได้ มีค่าตรวจการทำงานต่อมไทรอยด์ผิดปกติ คือ TSH < 0.27 mIU/L, serum FT4 > 1.68 ng/dL, serum FT3 > 4.40 pg/mL ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไทรอยด์เป็นพิษ รหัส E050-059

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางคำถามในสัมภาษณ์เชิงลึก รายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อ โดยแนวคำถามสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ คือ 1) ท่านมีปัญหาคาดการณ์สุขภาพตนเองอย่างไร 2) ท่านต้องการให้พยาบาลวิชาชีพ ช่วยเหลือในประเด็น อะไรบ้าง

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก รายบุคคล คนละ 10-20 นาที บันทึกเทป ผู้วิจัยจดบันทึกใจความสำคัญ เมื่อเสร็จการสนทนา หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ระยะที่ 2 พัฒนาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ในคลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลสะเดา มีขั้นตอนการดำเนินงานแนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) (Pande & Bharathi, 2020) ดังนี้

1. เข้าใจปัญหา (Empathize) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ 12 คน พบว่า ปัญหาการลืมรับประทานยาและไม่มาตามนัด ไม่มีสื่อที่อ่านทำความเข้าใจได้ มีความต้องการเข้าใจแผนการรักษา และการปฏิบัติตัว ต้องการวิธีการปฏิบัติตัวจากสื่อที่เข้าใจง่าย มีรูปภาพประกอบ จากนั้นนำมาสรุปร่วมกับผู้วิจัยเพื่อกำหนดร่างคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ

2. กำหนดปัญหาให้ชัดเจน (Define) ผู้วิจัยกำหนดปัญหาโดยกำหนดนิยามของคำว่า คู่มือการดูแลตนเอง ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่เข้าใจง่ายกำหนดแนวทางหลักที่จะบรรจุในคู่มือ

3. การระดมความคิด (Ideate) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษรายบุคคล จำนวน 12 คน และพยาบาล 2 คน เพื่อกำหนดรายละเอียดของคู่มือ เนื้อหาและขั้นตอนการใช้คู่มือ

4. การสร้างต้นแบบที่เลือก (Prototype) ผู้วิจัยร่างคู่มือการดูแลตนเองผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสะเตา ประกอบด้วยประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคไทรอยด์ 2) การรักษาไทรอยด์เป็นพิษ 3) การติดตามประเมินผลการรักษา และ 4) วิธีการดูแลตนเองประกอบไปด้วยยา อาหาร การออกกำลังกาย ก่อนนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ คู่มือการดูแลผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ เนื้อหาหลักควรใช้อักษรที่มีหัว ส่วนข้อความพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ให้เรียงข้อความจัดกลุ่มเป็นหมวดที่เป็น Negative และ Positive ลดความสับสนของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำไปปรับตามคำแนะนำ

5. การทดสอบ (Test) นำคู่มือที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ จำนวน 3 คน ผู้ป่วยให้ความเห็นว่าในเนื้อหาและชื่อยาศัพท์ที่เป็นภาษาอังกฤษ ทำให้ไม่เข้าใจในเนื้อหา ผู้วิจัยจึงเพิ่มความหมายที่เป็นภาษาไทย จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมตรวจสอบอีกครั้งเพื่อประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ผู้รับบริการ พบว่าคู่มือที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 100

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ในคลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลสะเตา ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) สามารถสื่อสาร อ่านหนังสือภาษาไทยได้ และ 2) ได้รับการวินิจฉัย รหัสโรค E050-059 จำนวน 251 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสะเตา จังหวัดสงขลา ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไทรอยด์เป็นพิษและเริ่มรับประทานยาต้านฮอร์โมนไทรอยด์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2567 ในช่วงเดือนเมษายน – สิงหาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 27 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม 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) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 6 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับจากปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนนถึงปฏิบัติน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

2.2 แบบบันทึกผลการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ ได้แก่ FT3 (Triiodothyronine) FT4 (Thyroxine) และ TSH (Thyroid stimulating hormone)

2.3 แบบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อคู่มือการดูแลผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากพึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน โดยเกณฑ์การแบ่งระดับความพึงพอใจ ใช้เกณฑ์ของ Wongrattana (2010) มี 5 ระดับ ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49) ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49) ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49) และระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินและแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอายุรแพทย์ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.86 จากนั้นนำแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมและความพึงพอใจไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.77 และ 0.71 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเสเดา

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะการดำเนินการตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่พัฒนาขึ้นและการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยประเมินค่า FT3, FT4, TSH และให้ผู้วิจัยทำแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Pretest)

ขั้นทดลอง (ระยะเวลา 2 เดือน)

1. ก่อนเริ่มโปรแกรมเก็บข้อมูลวิจัยในแต่ละสัปดาห์ ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษเจาะเลือดในช่วงเช้า แล้วพบพยาบาลประเมินสัญญาณชีพ ชักประวัติ ได้แก่ อาการผิดปกติ อาการผื่นแพ้ยาใหม่ ปัญหาการรับประทานยา เป็นต้น

2. คัดเลือกผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่เข้าเกณฑ์ อธิบายขอความร่วมมือเก็บข้อมูลวิจัย เสนอใบยินยอมให้ผู้ร่วมวิจัยทำแบบสอบถามประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองรอบที่ 1 ในระหว่างรอผลตรวจเลือดตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์

3. พยาบาลบันทึกผลการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ใส่สมุดประจำตัวคนไข้ แล้วผู้วิจัยให้คู่มือการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษกลับบ้านไปอ่าน และให้นำกลับมา หลังการนัดตรวจครั้งต่อไปอีก 2 เดือน

4. หลังผู้ป่วยนำคู่มือที่ได้กลับไปอ่านมาติดตามอีก 2 เดือนพบผู้วิจัย ให้ผู้ร่วมวิจัยทำประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง รอบที่ 2 และ ทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่ได้นำกลับไปอ่าน และผู้วิจัยบันทึกผลการตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ใส่สมุดประจำตัวคนไข้ รอบที่ 2

ดำเนินการตามคู่มือที่พัฒนาขึ้นจากขั้น ที่ 2

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยประเมินค่า FT3, FT4, TSH หลังโปรแกรมทันที และให้ผู้วิจัยทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (Posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบการทำงานต่อมไทรอยด์ (FT3) ระหว่างก่อนและหลังใช้คู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษโดยใช้สถิติ Dependent t-test ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p = 0.676$) สำหรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและการทำงานของไทรอยด์ (FT4 และ TSH) ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p = 0.010, 0.047$ และ < 0.001 ตามลำดับ) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษต่อคู่มือการดูแลสุขภาพผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษกับเกณฑ์ร้อยละ 80 ทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ($p = 0.011$) จึงใช้สถิติ One sample Wilcoxon signed rank test

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา SDSK10/2568 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2568 โดยผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม และ 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 6 เดือน ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสะเดา ดังตาราง 1

ตาราง 1 สถิติผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษตามระบบ ICD10 กลุ่ม E050-059 โรงพยาบาลสะเดา ปี พ.ศ. 2565-2567

สถิติผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ	ปีงบประมาณ		
	2565	2566	2567
ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ	213	270	251
หญิง	NA	NA	181 (72.11)
ชาย	NA	NA	70 (27.89)
กลืนแร่	NA	NA	35 (13.94)
ได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์	NA	NA	19 (7.57)

ตาราง 1 (ต่อ)

สถิติผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ	ปีงบประมาณ		
	2565	2566	2567
แพ้ยา Methimazole minor	NA	NA	1 (0.40)
รับประทานยา Methimazole life long	NA	NA	9 (3.59)
โรคเรื้อรังรวม	NA	NA	42 (16.73)
Grave'disease	NA	NA	45 (17.93)
ผู้ป่วยวิกฤตไทรอยด์ (Thyroid storm)	NA	1 (0.37)	3 (1.20)
ผู้ป่วยที่กำเริบซ้ำ (relapse)	NA	8 (2.95)	10 (4.00)
ผู้ป่วยที่อยู่ช่วงหยุดยา (recovery)	NA	NA	8 (3.19)
ผู้ป่วยไทรอยด์ส่งต่อโรงพยาบาลหาดใหญ่	50	99	62
ผู้ป่วยไทรอยด์ต่ำ	120	126	156

NA ข้อมูลไม่สามารถดึงได้จากกระบบฐานข้อมูล HosXP โรงพยาบาลสะเดา

จากตาราง 1 สถานการณ์ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสะเดา ปี พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่า ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่มารับยาต้านฮอร์โมนไทรอยด์ ปีละ 213, 270, 251 คนตามลำดับ ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 251 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.11 โดยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แล้ว ร้อยละ 7.57 กลืนแร่ ร้อยละ 13.94 ปฏิเสธการส่งต่อเพื่อกลืนแร่ เลือกรับประทานยาต้านฮอร์โมนตลอดชีวิต ร้อยละ 3.59 มีผู้ป่วยแพ้ยา เป็นผื่นคันจากยา Methimazole ร้อยละ 0.40 เป็นผู้ป่วยประเภท Grave'disease ร้อยละ 17.93 มีโรคร่วมร้อยละ 16.73 ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่กำเริบซ้ำ ร้อยละ 4 ที่ต้องเริ่มการรับประทานยาต้านไทรอยด์ใหม่ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยวิกฤตไทรอยด์ (Thyroid storm) ร้อยละ 1.20 ผู้ป่วยที่ส่งต่อโรงพยาบาลหาดใหญ่ ปี พ.ศ. 2565 - 2567 จำนวน 50, 99 และ 62 คน ตามลำดับ ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมหลังรับประทานยาต้านฮอร์โมนครบตามแผนการรักษา เพื่อการพิจารณากลืนแร่ ภาวะไทรอยด์ต่ำรุนแรง ก้อนไทรอยด์โต บางรายมีปัญหาการแพ้ยา Methimazole วิกฤตไทรอยด์ (Thyroid storm) เป็นต้น

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ พบปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ มี 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การรับประทานยา และ 2) การไม่มาตามนัด ดังนี้

1. การรับประทานยา ได้แก่ รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การลืมรับประทานยา หยุดยาเอง มีอาการข้างเคียงจากยา ดังคำพูดต่อไปนี้

“ช่วงที่นัด ไปต่างจังหวัด ลืมกินยา 1-2 ครั้ง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ไม่มาเอายา ขาดยาไป 1 อาทิตย์ บ้านอยู่ไกล เดินทางลำบาก” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“กินยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ผลเลือดไม่ดี” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“เจอหมอแต่ละคน ไม่เหมือนกัน เจอ 3 ท่าน แรก ๆ กินอาหารเสริม ไม่รู้เพราะอาหารเสริม หมอเคยลดยา 3 เม็ด เหลือ 2 เม็ด หมอบอกให้กินยา 2 เม็ดครึ่ง แต่ทำไมต้องหัก เลยกินยา 3 เม็ดตลอด” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

2. การไม่มาตามนัด ดังคำพูดต่อไปนี้

“ขาดยา 8 เดือน หลังคลอดลูกคนแรก ไม่รู้ว่าต้องลูกคนที่ 2” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“หมอเคยบอก ไม่ให้หยุดยา กินให้ตรง แต่บางครั้ง ไม่มีเวลามา ขาดยาไปเลย ยังไม่รู้ กินนานแค่ไหน กลุ่มใจว่ากินยาเยอะ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12

สำหรับความต้องการ ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ มีความต้องการให้พยาบาลวิชาชีพ ช่วยเหลือในประเด็นให้ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคไทรอยด์ วิธีการลดค่าการทำงานต่อมไทรอยด์ ต้องการทราบแผนการรักษาในอนาคต ดังคำพูดต่อไปนี้

“อยากรู้ว่า ทำไม่ถึงเป็น เกี่ยวกับโควิดไหม เคยเป็นโควิด แล้วเป็นไทรอยด์มาประมาณ 2 เดือน ไม่แน่ใจว่าเป็น long covid เกี่ยวข้องกันไหม ที่บ้านไม่มีใครเป็น ตอนแรกตกใจ ที่บ้านไม่มีใครเป็น สอบถามเพื่อนพยายามกินยาให้หาย ถ้ากินยาไม่หาย ต้องไปกลืนแร่ สลายต่อมไทรอยด์ ต้องกินยาฮอร์โมนไทรอยด์ไปตลอดชีวิต” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11

“การที่จะลดค่าไทรอยด์เลย ไม่รู้ว่าต้องทำตัวอย่างไร อยากรู้ห้ามกินอะไร วิธีปฏิบัติตัวอย่างไร หมอไม่เคยบอก ค่าไทรอยด์ดีขึ้นไม่รู้ ดีขึ้นแบบไหน? เพียงไม่ใจสั่น หัวใจไม่เต้นเร็วมาก หาข้อมูลจากเน็ต บอกห้ามกินกะหล่ำปลีดิบ ผักกาด บางข้อมูลกินได้แต่ต้องปรุงให้สุก ก็เชื่อครึ่ง ไม่เชื่อครึ่ง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ถามหมอมืออาหารต้องห้ามไหม หมอบอกว่าอย่าขาดยาอย่างเดียว สงสัยว่ากินยาแล้วจะหายขาดไหม” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10

2. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ



ภาพ 2 คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสวesda

ภาพ 3 QR code เนื้อหาคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสวesda

คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ประกอบด้วย 1) ความรู้โรคไทรอยด์ 2) การรักษาไทรอยด์เป็นพิษ 3) การติดตามประเมินผลการรักษา 4) อาหาร 5) การออกกำลังกาย

3. ประสิทธิภาพของคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสวesda

ตาราง 2 ข้อมูลผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ คลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลสวesda (n=27)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15 - 25	9	33.33
26 - 35	6	22.22
36 - 45	4	14.82

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
> 45 (M= 36.52, SD= 14.113)	8	29.63
เพศ		
หญิง	20	74.07
ชาย	7	25.93
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	11	40.74
มัธยมตอนต้น, ปวช	5	18.52
>มัธยมตอนต้น, ปวช	11	40.74
สถานภาพสมรส		
โสด	9	33.33
คู่	14	51.85
หย่า หม้าย แยก	4	14.82
อาชีพ		
รับจ้าง	10	37.04
แม่บ้าน	3	11.10
ทำสวน	4	14.82
นักเรียน นักศึกษา	4	14.82
ค้าขาย	6	22.22
มีโรคเรื้อรังร่วม		
มี	11	40.74
ไม่มี	16	59.26
สิทธิการรักษา		
บัตรทองจ่ายเงิน 30 บาท	18	66.67
บัตรทองไม่ต้องจ่ายเงิน	3	11.10
ประกันสังคม	4	14.82
เบิกได้	2	7.41

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ จำนวน 27 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 74.07 มีอายุเฉลี่ย 36.52 ปี พบในช่วงอายุ 15 - 25 ปี ร้อยละ 33.33 รองลงมาช่วงอายุ > 45 ปี ร้อยละ 29.63 ครึ่งหนึ่งมีสถานสมรส เป็นกลุ่มอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.04 ส่วนน้อยเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 11.10 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและระดับมากกว่ามัธยมต้น ร้อยละ 40.74 มีโรคเรื้อรังร่วม ร้อยละ 40.74 เป็นผู้ใช้สิทธิบัตรทองจ่ายเงิน 30 บาท ร้อยละ 66.67 รองลงมาเป็นผู้ใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 14.82

3.1 เปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลตนเอง และค่าการทำงานของต่อมไทรอยด์ของผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษระหว่างก่อนและหลังใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองและการตรวจการทำงานต่อมไทรอยด์ ก่อนและหลังใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ

ตัวแปร	M	SD	IQR	t/z	df	p-value (1-tailed)
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนใช้	3.84	0.66	0.83	4.184	-	< 0.001 ^a
หลังใช้	4.26	0.42	0.50			
การตรวจการทำงานต่อมไทรอยด์						
FT3 (Triiodothyronine) pg/mL						
ก่อนใช้	17.67	7.92	-	7.116	26	< 0.001 ^b
หลังใช้	5.53	5.96	-			
FT4 (Thyroxine) ng/dL						
ก่อนใช้	5.30	2.00	2.77	4.373	-	< 0.001 ^a
หลังใช้	1.61	0.96	0.93			
TSH (Thyroid stimulating hormone) mIU/L						
ก่อนใช้	0.12	0.40	0.09	1.569	-	0.058 ^a
หลังใช้	0.39	0.76	0.36			

^a สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test, ^b สถิติ Dependent T-test

จากตาราง 3 พบว่า หลังใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ค่า FT3 และ FT4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับค่า TSH พบว่า ก่อนหลังใช้คู่มือไม่แตกต่างกัน

3.2 ความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ดังตาราง 4 และ 5

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละและระดับความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ คลินิกไทรอยด์โรงพยาบาลสละเตา

ความพึงพอใจ	M	SD	ระดับ
ด้านรูปแบบและลักษณะทั่วไปของคู่มือ			
รูปแบบคู่มือ	4.67	0.48	มากที่สุด
ขนาดตัวอักษร	4.70	0.54	มากที่สุด
ภาพประกอบ	4.48	0.64	มาก
ด้านเนื้อหา			
เนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรคไทรอยด์เป็นพิษ	4.67	0.48	มากที่สุด
เนื้อหาชัดเจนไม่คลุมเครือ	4.59	0.50	มากที่สุด
การใช้ภาษาเข้าใจง่าย	4.52	0.51	มากที่สุด
ด้านการนำไปใช้			
ความเหมาะสมที่จะนำไปใช้	4.70	0.61	มากที่สุด
ความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้	4.48	0.75	มาก
นำความรู้ที่ได้จากคู่มือไปใช้ได้	4.63	0.74	มากที่สุด
ภาพรวม	4.60	0.35	มากที่สุด

จากตาราง 4 พบว่า ความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสะเดาในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.60$, $SD = 0.35$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ขนาดตัวอักษร ($M = 4.70$, $SD = 0.54$) และความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ ($M = 4.70$, $SD = 0.61$) รองลงมาคือ รูปแบบคู่มือ และเนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรคไทรอยด์เป็นพิษ ($M = 4.67$, $SD = 0.48$) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ภาพประกอบ ($M = 4.48$, $SD = 0.64$) และความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ ($M = 4.48$, $SD = 0.75$)

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสะเดา โดยใช้สถิติ One Sample Wilcoxon Signed Rank test

ความพึงพอใจ	เกณฑ์	M	SD	median	IQR	p-value (1-tailed)
คะแนนความพึงพอใจ	ร้อยละ 80	92.10	7.09	93.33	11.11	<.001

จากตาราง 5 ความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสะเดา พบว่า ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และความพึงพอใจต่อคู่มือมากกว่าร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 251 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.11 โดยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แล้ว ร้อยละ 7.57 กลืนแร่ ร้อยละ 13.94 ปฏิเสธการส่งต่อเพื่อกลืนแร่เลือกรับประทานยาต้านฮอร์โมนตลอดชีวิต ร้อยละ 3.59 แพ้ยาล Methimazole ร้อยละ 0.40 Grave's disease ร้อยละ 17.93 ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษที่กำลังรักษา ร้อยละ 4 ผู้ป่วยวิกฤตไทรอยด์ ร้อยละ 1.20 ปัญหาที่พบ ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุดยาเอง มีอาการข้างเคียงจากยา มีการปรับการรับประทานยาเอง ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาวิจัยข้อมูลย้อนหลัง พบผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (Kiatpanabhikul, 2021, Charoenpiriya, 2022) ซึ่งการศึกษาวิจัยนี้ส่วนใหญ่ มีอายุ 15 - 25 ปี ร้อยละ 33.3 โดยคลินิกไทรอยด์ โรงพยาบาลสะเดา มีแผนการรักษาการรับประทานยาต้านฮอร์โมนที่ 18-24 เดือน หากล้มเหลวแพทย์จะพิจารณาส่งต่อเพื่อกลืนแร่ต่อไป

2. คู่มือการดูแลตนเองผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสะเดา ใช้แนวคิดการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking) เพื่อค้นหาปัญหาการดูแลตนเองจากตัวผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ พบปัญหา 2 ประเด็นคือการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และการขาดการติดตามนัด ผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษต้องการคู่มือที่อ่านทำความเข้าใจได้ง่าย มีภาพประกอบ ซึ่งแตกต่างจากตำราทางการแพทย์ที่มีใช้ศัพท์เฉพาะทาง ที่มีความซับซ้อนในการทำความเข้าใจ

3. จากปัญหาการลืมรับประทานยาและไม่มาตามนัด หลังใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ พบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 0.001 สอดคล้องการศึกษาของ Thanarojikul (2020) การได้รับความรู้ที่มีแบบแผนหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ผู้ป่วยไทรอยด์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการศึกษาวิจัยนี้ ค่า FT3 และ FT4 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องการศึกษาวิจัยย้อนหลังของ Kiatpanabhikul

(2021) พบค่าเฉลี่ย FT3, FT4 หลังได้รับยาต้านฮอร์โมน มีค่าลดลง ส่วนค่า TSH มีค่าสูงขึ้นอยู่เกณฑ์ปกติ แต่การศึกษาวินิจฉัยนี้สำหรับค่า TSH พบว่า ก่อนหลังใช้คู่มือไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก TSH มีการตอบสนองช้ากว่า FT4, FT4 ตามกลไกของ hypothalamic-pituitary-thyroid axis ซึ่งอาจต้องใช้เวลาเกินกว่า 6 – 8 สัปดาห์ ในการกลับสู่ค่าปกติ (Kahaly, Bartalena, Poppe, Pearce, Hegedüs & Laurence, 2018)

ความพึงพอใจต่อคู่มือการดูแลตนเองผู้ป่วยไทรอยด์เป็นพิษ โรงพยาบาลสะเตาในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.60$, $SD = 0.35$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ขนาดตัวอักษร ($M = 4.70$, $SD = 0.54$) และความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ ($M = 4.70$, $SD = 0.61$) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ทำให้ชื่นชอบคู่มือที่มีขนาดตัวอักษรใหญ่และภาพประกอบสีสันชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Panwichai & Wongsuttitert (2019) ที่พบว่า การใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยได้คะแนนสูงกว่า ($p = 0.010$) แม้ผลการติดตามใช้แอปแอปพลิเคชันทางมือถือสำหรับการให้ความรู้และการดูแลรักษาโรคต่อไทรอยด์เป็นพิษ การรักษามีประสิทธิภาพสูงกว่าสมุดประจำตัวผู้ป่วย ($p = 0.010$) ก็ตาม

การนำผลการวิจัยไปใช้

คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ไทรอยด์เป็นพิษ สามารถนำมาใช้เป็นสื่อการสอน อธิบายรายบุคคลที่เริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านฮอร์โมนไทรอยด์ ในช่วง 18 - 24 เดือน เพื่อกระตุ้นทบทวนติดตามการรับประทานยา ร่วมกับการใช้สมุดบันทึกการประเมินค่าการทำงานต่อไทรอยด์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยพัฒนาคู่มือความรู้การดูแลคนไทรอยด์เป็นพิษ ในรูปแบบดิจิทัล เช่น วิดีโอ แอนิเมชัน และแอปพลิเคชันมือถือ เน้นการเตือน กระตุ้นการรับประทานยาต้านฮอร์โมนให้ตรงเวลา ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัด คือ การไม่มีการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ระยะเวลาติดตามสั้น หรือขนาดตัวอย่งน้อย ซึ่งอาจมีผลต่อความทั่วไปของผลลัพธ์

References

- Almeida, R. D. (2022). *Clinical review and update on the management of thyroid storm. Science of Medicine*, 119(4), 361-371.
- American Thyroid Association. (2023). *Hyperthyroidism*. Retrieved November 22, 2024 from <https://www.thyroid.org/hyperthyroidism/>.
- Charoenpiriya, A. (2022). Long-term outcomes of Graves' disease in the Thai population. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 29(2), 16-31.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Newjersy: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Crabtree, B. F. & Miller, W. L. (1992). *A template approach to text analysis: Developing and using codebooks. Doing Qualitative Research. B. F.Crabtree and W. L. Miller*. Newbury Park, CA, Sage Publications:93-109.

- 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(2), 175-191.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate data analysis* 7th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Jongcharoenprasert, W. (2024). *Patients with thyroid dysfunction*. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (Computer data) Retrieved November 11, 2024 from <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1Patients%20with%20thyroid%20dysfunction.pdf>. (in Thai)
- Kahaly, G. J., Bartalena, L., Poppe, K., Pearce, S. H., Hegedüs, L., & Leenhardt, L. (2018). *European thyroid association guideline for the management of graves' hyperthyroidism. European Thyroid Journal*, 8(7), 167-186. doi.org/10.1159/000490384.
- Kiatpanabhikul, P. (2021). Relapse rate and clinical risk factors affecting the treatment of Graves' disease. *Siriraj Medical Journal*, 73(7), 451-461.
- Lee, S. Y., Pearce, E. N. (2023). *Hyperthyroidism: A review. JAMA*, 17;330(15), 1472-1483. doi: 10.1001/jama.2023.19052.
- National Health Service. (2023). *Overactive thyroid (hyperthyroidism). (computer data)*. Retrieved December 16, 2024 from <https://www.nhs.uk/conditions/overactive-thyroid-hyperthyroidism/>.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: concepts of practice*. (6th ed.). Mosby.
- Pande, M., & Bharathi, S. V. (2020). Theoretical foundations of design thinking—a constructivism learning approach to design thinking. *Thinking Skills and Creativity*, 36, 100637. doi.org/10.1016/j.tsc.2020.100637.
- Panwichai, W. & Wongsuttitert, A. (2019). *A smartphone application for health education and management of hyperthyroidism*. Division of Radiology and Nuclear Medicine, Faculty of Medicine, Burapha University. (in Thai).
- Sadao Hospital. (2025). Report Hypo-Hyperthyroidism, Refer (E030-E059) from 2023-2025. HosXP. Songkhla Province. (in Thai).
- Thanarojkul, S. (2020). *The effect of giving planned information program on knowledge and self-care behavior on thyroid lobectomy patients receiving in ear, throat and nose ward at Vachira Phuket hospital*. Retrieved November 20, 2024 from https://drive.google.com/file/d/1AZxSevF7c5UFLG_JTaQWwPueH_sE5mmK/view. (in Thai)
- Wongrattana, C. (2010). *Statistical techniques for research*. 2nd Edition. Nonthaburi Province: Thai Neramitkij Interprogressive. (in Thai)

การรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด Perceived Self-Efficacy of Nursing Students in Providing Contraceptive Services

ศศิพัชร พูลสวัสดิ์, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ และ พนิดา ภูตระกูล*

Sasipach Poonsawat, Chularat Howharn and Panida Pootrakoon*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Changwat Nonthaburi, Faculty of Nursing, Prabommarajchanok Institute

(Received : August 5, 2025 ; Revised : November 13, 2025, Accepted : November 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองระหว่างชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 124 คน เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 - 4 ชั้นปีละ 62 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรู้เรื่องการคุมกำเนิด แบบสอบถามเรื่องทัศนคติต่อการให้บริการด้านการคุมกำเนิด และแบบสอบถามเรื่องการรับรู้สมรรถนะในการให้บริการด้านคุมกำเนิด ซึ่งมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78, 0.82 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลในการให้บริการด้านการคุมกำเนิดอยู่ในระดับสูง ($M = 3.02$, $SD = 0.95$) และจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการให้บริการด้านการคุมกำเนิดพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีค่าเฉลี่ยมากกว่าชั้นปีที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 3.21$, $SD = 0.49$, $M = 3.03$, $SD = 0.62$, $p = 0.88$)

ฉะนั้นชี้ให้เห็นว่า การรับรู้สมรรถนะของนักศึกษาได้รับอิทธิพลจากปัจจัยที่สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น และการใช้คำพูดชักจูง ซึ่งล้วนช่วยเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการให้บริการคุมกำเนิด ดังนั้น ควรพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะตามปัจจัยดังกล่าว เช่น การใช้ผู้ป่วยเสมือน หรือการจัดกิจกรรมสังเกตการณ์ในสถานการณ์จริง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาทักษะและความมั่นใจของนักศึกษา

คำสำคัญ : การรับรู้สมรรถนะตนเอง, นักศึกษาพยาบาล, การให้บริการด้านการคุมกำเนิด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: darim8898@gmail.com)

Abstract

This descriptive study aimed to examine nursing students' perceived self-efficacy in providing contraceptive services and to compare the mean self-efficacy scores between third-year and fourth-year students. The sample size was calculated using the G*Power program, yielding a total of 124 participants: 62 third-year and 62 fourth-year nursing students. Data were collected using three instruments: a contraception knowledge questionnaire, an attitude questionnaire toward providing contraceptive services, and a perceived self-efficacy questionnaire for providing contraceptive services. The Cronbach's alpha coefficients were 0.78, 0.82, and 0.88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the independent t-test.

The results showed that the participants had a high level of perceived self-efficacy in providing contraceptive services ($M = 3.02$, $SD = 0.95$). Comparison of the mean self-efficacy scores between academic years indicated that fourth-year nursing students had a higher mean score than third-year students, although the difference was not statistically significant ($M = 3.21$, $SD = 0.49$; $M = 3.03$, $SD = 0.62$; $p = 0.88$).

Therefore, the findings indicate that nursing students' perceived self-efficacy is influenced by factors consistent with Bandura's theory, including mastery experiences, vicarious experiences, and verbal persuasion, all of which contribute to strengthening confidence in providing contraceptive services. Accordingly, teaching and learning approaches should be developed to enhance self-efficacy based on these factors, such as the use of virtual or simulated patients and the organization of observational learning activities in real clinical settings, in order to support the development of students' skills and confidence.

Keywords: Perceived Self-Efficacy, Nursing Students, Contraceptive Services

บทนำ

ในการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีการกำหนดสมรรถนะทางด้านวิชาชีพที่สำคัญในรายวิชามารดาทารกและการผดุงครรภ์ คือสมรรถนะด้านการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว ซึ่งการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจสามารถถ่ายทอดความรู้ไปสู่การศึกษานภาคปฏิบัติได้นั้น จะใช้การบรรยายแบบมีส่วนร่วมประกอบกับอุปกรณ์การคุมกำเนิด ซึ่งพบว่าเมื่อนักศึกษาไปศึกษาภาคปฏิบัตินั้นนักศึกษาไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ โดยเฉพาะการให้บริการทางด้านการคุมกำเนิด (Intharaprasert, Phattachai, Phongkittilucka, Sangsiwong, Permpangpun, Poonkham et al., 2008) ซึ่งการสอนแบบบรรยายอย่างเดียวทำให้นักศึกษาไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถนำความรู้จากการศึกษาทางทฤษฎีไปปฏิบัติใช้ได้จริง (Kim, 2024) การสอนสาธิตและการเรียนรู้ผ่านตัวแบบเป็นวิธีการสอนวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการสร้างทักษะอย่างถูกต้อง และส่งผลให้บุคคลสามารถทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองอาจเกิดมา

จากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะของนักศึกษาและส่งผลต่อระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Zivlak, & Stojanac, 2019) การที่ไม่ได้รับฝึกอบรมเรื่องการให้บริการคุมกำเนิดส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการให้คำปรึกษาด้านการคุมกำเนิด (Goggin, Hurley, Wagner, Staggs, Finocchario-Kessler et al., 2018)

ความเชื่อมั่นหรือการรับรู้หรือการตัดสินใจของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งและดำเนินการกระทำพฤติกรรมนั้น ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมทางด้านสุขภาพและการเรียนรู้ (Bandura & Wessels, 1997) ซึ่ง Bandura ได้อธิบายว่าผู้เรียนจะแสดงออกถึงพฤติกรรมที่ดีหากผู้เรียนมีความมั่นใจว่าตนทำได้ (Zivlak, & Stojanac, 2019) การรับรู้สมรรถนะของตนเองที่ดีได้มาจากปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะ ประกอบไปด้วย ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) การใช้ตัวแบบ (Vicarious Experiences) การใช้คำพูดชักจูงประสบความสำเร็จได้ (Social persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional states) (Maddux, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองทางการพยาบาล (Shokebumroong, Wonggom, & Suwittawat, 2021) การรับรู้สมรรถนะและทักษะทางคลินิกการพยาบาล (Phetcharak, 2021) และสมรรถนะในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ของนักศึกษาพยาบาลในหลักสูตรนานาชาติ (Chaiboonruang, & Yimyam, 2014) จากผลการศึกษา Chaiboonruang, & Yimyam (2014) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลรับรู้ถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามสมรรถนะในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และต้องการประสบการณ์ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร แต่นักศึกษาระบุว่ายังมีความรู้ไม่พอทำให้ขาดความมั่นใจ จึงต้องการพัฒนาสมรรถนะของตนเอง ดังนั้นการออกแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองด้านการให้บริการคุมกำเนิด ซึ่งเป็นหนึ่งในสมรรถนะที่กำหนดไว้ในหลักสูตรที่นักศึกษาจะต้องแสดงออกได้ จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะต้องทำการศึกษาการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการให้บริการคุมกำเนิด รวมทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนตามแนวคิดของ Bandura ปัจจัยทางด้านประสบการณ์เดิม คือ ประสบการณ์การให้บริการการใช้ฮอร์โมน ประสบการณ์ด้านการเห็นตัวต้นแบบซึ่งรวมถึงการใช้คำพูดเชิงกระตุ้นส่งเสริม สิ่งสนับสนุนซึ่งเป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ (Maddux, 2013) ผลการศึกษาจะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการออกแบบ วิธีการส่งเสริมให้นักศึกษามีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในด้านการให้บริการคุมกำเนิดที่ตีมากขึ้น ทำให้สามารถให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มาขอรับบริการด้านการคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

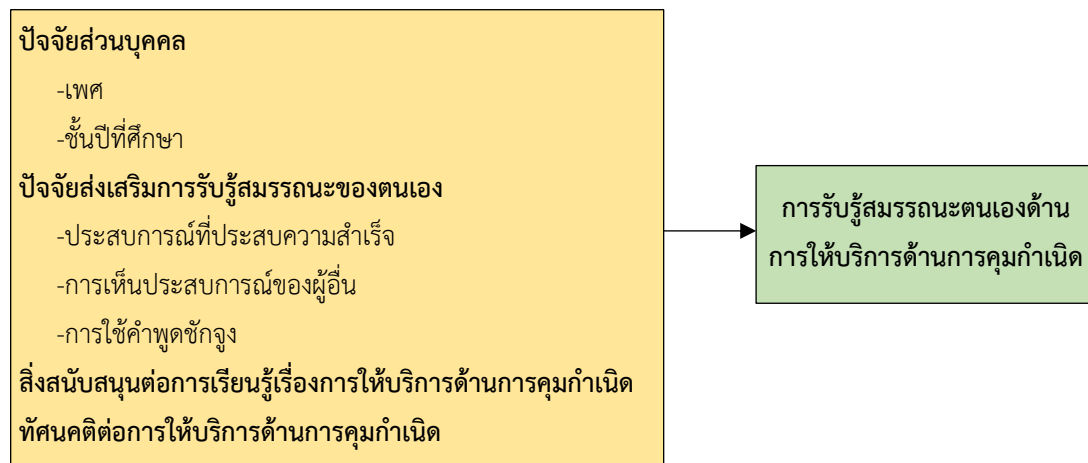
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลในการให้บริการด้านการคุมกำเนิดระหว่างนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura ที่มุ่งเน้นให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจาก 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning), แนวคิดการกำกับตนเอง (Self - regulation), แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy) ในการให้ความรู้ด้านการคุมกำเนิด

ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเกิดจากการเรียนรู้ที่ได้จากสิ่งเร้าต่าง ๆ 4 แหล่ง คือ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง, การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น, การได้รับคำแนะนำ, การกระตุ้นอารมณ์ ซึ่งในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยเฉพาะด้านการให้บริการคุมกำเนิด นักศึกษาจำเป็นต้องแปลงความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติจริงในสถานการณ์คลินิก ซึ่งต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การรับรู้สมรรถนะตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการให้บริการทางวิชาชีพ จากแนวคิดข้างต้นร่วมกับงานวิจัยที่ผ่านมา นำมาสู่กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยมีการดำเนินการดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักศึกษาพยาบาลระดับชั้นปีที่ 3 และ 4 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวนทั้งสิ้น 337 คน

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power โดยเลือกสถิติ t-test แบบ two independent means (two-tailed) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ระดับนัยสำคัญ .05 กำลังการทดสอบ (power) 0.80 และอัตราส่วนการจัดสรรกลุ่ม 1:1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 124 คน แบ่งเป็นกลุ่มนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 62 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 62 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบง่าย โดยนำรายชื่อนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 ทั้งหมดเข้าสู่การจับฉลากและสุ่มเลือกให้ได้จำนวนตามที่ต้องการเพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรอย่างเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมผลงานวิจัยที่ผ่านมาและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ประกอบไปด้วย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุปีเต็มบริบูรณ์ เพศสภาพ ได้แก่ ชาย หญิง และ LGBTQ+, ชั้นปีการศึกษา ได้แก่ ชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีของ Bandura แบบสอบถามโดยลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ มี/ไม่มี เคย/ไม่เคย ข้อคำถามประกอบไปด้วยการสอบถาม เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานในเรื่องการคุมกำเนิด สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เรื่องการให้บริการด้านการคุมกำเนิด สื่อการเรียนรู้ที่ช่วยในการเตรียมความพร้อมการให้บริการด้านการคุมกำเนิด ประสบการณ์การให้บริการการคุมกำเนิด ประสบการณ์การได้เห็นบุคคลอื่นที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ประสบการณ์ในการเห็นสื่อต่าง ๆ ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ประสบการณ์การได้รับคำพูดที่เป็นแรงบันดาลใจให้มีความมั่นใจในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด

3.แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการคุมกำเนิด เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ถุงยาง แผ่นแปะคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด การทำหมัน โดยในแต่ละวิธี จะเป็นการสอบถามความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ การจัดการกับอาการข้างเคียงและอาการข้างเคียงของการคุมกำเนิดวิธีนั้นๆ โดยให้ตอบคำถามแบบถูก-ผิด(True False) และมีการคำนวณคะแนนโดยหากตอบคำถามถูกให้ 1 คะแนน ตอบคำถามผิดให้ 0 คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-18 คะแนน ทั้งนี้คะแนนมากหมายถึงมีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดในระดับมาก โดยแบ่งระดับความรู้เรื่องการคุมกำเนิด (Bloom, 1956) ดังนี้

ระดับสูง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 12.01 – 18.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 6.01 – 12.00 คะแนน
ระดับต่ำ	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 0.00 – 6.00 คะแนน

4.แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อการให้บริการด้านการคุมกำเนิด เป็นแบบสอบถามทัศนคติต่อการให้บริการด้านการคุมกำเนิด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประกอบด้วย 3 ระดับ (rating scale) คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย มีข้อความทั้งด้านบวกและด้านลบจำนวน 10 ข้อ คะแนนมากหมายถึงมีความคิดเห็นที่ดีต่อการคุมกำเนิด โดยแบ่งระดับคะแนนทัศนคติต่อการให้บริการด้านการคุมกำเนิดเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1956) ดังนี้

ระดับสูง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.36 – 3.00
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.68 – 2.35
ระดับต่ำ	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.67

5. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในการให้บริการด้านคุมกำเนิด เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในการให้บริการด้านคุมกำเนิด ได้แก่ การแนะนำวิธีการคุมกำเนิด ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ถุงยางอนามัย แผ่นแปะคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และการทำหมัน การแนะนำถึงอาการข้างเคียง อาการผิดปกติ การติดตามหลังการใช้ และแหล่งข้อมูลเพิ่มเติม กำหนดระดับให้เลือกตอบดังนี้ มั่นใจว่าทำได้แน่นอน มั่นใจว่าทำได้ ไม่มั่นใจว่าจะพอทำได้ มั่นใจว่าทำไม่ได้ มั่นใจว่าทำไม่ได้แน่นอน กำหนดให้คะแนน 4 – 0 ตามลำดับ โดยแบ่งระดับการรับรู้สมรรถนะในการให้บริการด้านคุมกำเนิด (Bloom, 1956) ดังนี้

ระดับสูง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.68 – 4.00
ระดับปานกลาง	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.67
ระดับต่ำ	มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.33

การตรวจสอบคุณภาพการวิจัย

ผู้ทำวิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลการพิจารณาพบว่าแบบสอบถามทั้งหมดมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ดังนี้ แบบสอบถามความรู้เรื่องการคุมกำเนิด เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามทัศนคติต่อการให้บริการด้านการคุมกำเนิด เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการให้บริการด้านคุมกำเนิด เท่ากับ 0.92

จากนั้น จึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดชั้นปีที่ 3 จำนวน 15 คน และชั้นปีที่ 4 จำนวน 15 คน และทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาของครอนบาค ได้ผลดังนี้ แบบสอบถามความรู้เรื่องการคุมกำเนิด เท่ากับ 0.78 แบบสอบถามเรื่องทัศนคติต่อการให้บริการด้านการคุมกำเนิด เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามเรื่องการรับรู้สมรรถนะในการให้บริการด้านคุมกำเนิด เท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ ส่งเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่จัดทำในรูปแบบของ google form เป็นแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างทาง e-mail โดยมีคำอธิบาย พร้อมวัตถุประสงค์ของการวิจัย และมีขอให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณายินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัยให้กดยินยอม และไปตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอม ให้กดยินยอม และจะมีหน้าต่างขึ้นว่าขอบคุณสำหรับความสนใจ หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูลใน google form มาตรวจสอบและเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและตัวแปรที่ทำการศึกษา
2. สถิติเชิงอนุมาน โดยทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองของนักศึกษาพยาบาลในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด ระหว่างชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 โดยใช้สถิติ Independent T-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบจังหวัดนนทบุรี IRB No.002/67 ลงวันที่ 9 เมษายน 2567 และ COA. 67/015 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงของการเข้าร่วมงานวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัย อีกทั้งได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสอบถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการเก็บข้อมูลงานวิจัย โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ หากกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัยให้กดยินยอม และไปตอบคำถาม หากกลุ่มตัวอย่างไม่ยินยอม ให้กดยินยอม และจะมีหน้าต่างขึ้นว่าขอบคุณสำหรับความสนใจ หลังจากนั้นรวบรวมข้อมูลใน google form มาตรวจสอบและเก็บรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n= 124)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
19-20	38	30.65
21-22	82	66.13
23-24	3	2.42
25-26	1	0.80
เพศ		
หญิง	113	91.13
ชาย	8	6.45
LGBTQ ⁺	3	2.42
การเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานในเรื่องการคุมกำเนิด		
ไม่ได้เตรียม	14	11.29
เตรียม	110	88.71
ยาเม็ดคุมกำเนิด	99	17.43
ถุงยางอนามัย	95	16.73
ยาฉีดคุมกำเนิด	88	15.50
การทำหมัน	81	14.26
ยาฝังคุมกำเนิด	74	13.03
ห่วงอนามัย	71	12.50
แผ่นแปะคุมกำเนิด	60	10.56
สิ่งสนับสนุนการเรียนรู้เรื่องการให้บริการด้านการคุมกำเนิด		
มี	92	74.19
ไม่มี	32	25.81
สื่อการเรียนรู้ที่ช่วยในการเตรียมความพร้อมการให้บริการด้านการคุมกำเนิด		
มี	108	87.10
ไม่มี	16	12.90
ประสบการณ์การให้บริการการคุมกำเนิด		
ไม่เคย	61	49.19
เคย	63	50.81
ถุงยางอนามัย	57	23.07
ยาเม็ดคุมกำเนิด	51	20.65
การทำหมัน	38	15.38
ยาฉีดคุมกำเนิด	36	14.57
แผ่นแปะคุมกำเนิด	24	9.71
ยาฝังคุมกำเนิด	23	9.31
ห่วงอนามัย	18	7.29

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์การได้เห็นบุคคลอื่นที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด		
ไม่เคย	25	20.16
เคย	99	79.84
ยาเม็ดคุมกำเนิด	95	17.66
ถุงยางอนามัย	95	17.66
การทำหมัน	85	15.80
ยาฉีดคุมกำเนิด	79	14.68
ยาฝังคุมกำเนิด	70	13.01
ห่วงอนามัย	62	11.52
แผ่นแปะคุมกำเนิด	52	9.67
ประสบการณ์ในการเห็นสื่อต่าง ๆ ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด		
ไม่เคย	4	3.23
เคย	120	96.77
ถุงยางอนามัย	120	19.29
ยาเม็ดคุมกำเนิด	112	18.01
การทำหมัน	89	14.31
ยาฉีดคุมกำเนิด	83	13.34
ยาฝังคุมกำเนิด	78	12.54
ห่วงอนามัย	77	12.38
แผ่นแปะคุมกำเนิด	63	10.13
ประสบการณ์การได้รับคำพูดที่เป็นแรงบันดาลใจให้มีความมั่นใจในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด		
เคย	82	66.13
ไม่เคย	42	33.87
ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด		
ระดับสูง (12.01 - 18.00 คะแนน)	109	87.90
ระดับปานกลาง (6.0 - 12.00 คะแนน)	11	8.87
ระดับต่ำ (0.00 - 6.00 คะแนน)	4	3.23
(M= 15.10, SD= 0.77)		
ทัศนคติต่อการบริการด้านคุมกำเนิด		
ระดับสูง (2.36 - 3.00 คะแนน)	105	84.68
ระดับปานกลาง (1.68 - 2.35 คะแนน)	19	15.32
ระดับต่ำ (1.00 - 1.67 คะแนน)	0	0.00
(M= 2.66, SD= 0.92, Min.= 2.40, Max. = 2.90)		
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการบริการคุมกำเนิด		
ระดับสูง (2.68 - 4.00 คะแนน)	99	79.84

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (1.34 - 2.67 คะแนน)	21	16.94
ระดับต่ำ (0.00 - 1.33 คะแนน)	4	3.22

(M= 3.02, SD= 0.95, Min.= 2.90, Max= 3.11)

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 22 ปี (ร้อยละ 66.13) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.13) มีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงาน (ร้อยละ 88.71) กลุ่มตัวอย่างเตรียมความรู้เกี่ยวกับยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 17.43) มีสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด (ร้อยละ 74.19) มีสื่อการเรียนรู้ที่ช่วยในการเตรียมความพร้อมการให้บริการด้านการคุมกำเนิด (ร้อยละ 87.10) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการให้บริการการคุมกำเนิด (ร้อยละ 50.81) เคยให้บริการเกี่ยวกับถุงยางอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 23.07) มีประสบการณ์การได้เห็นผู้อื่นให้บริการหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด (ร้อยละ 79.84) โดยเคยเห็นผู้อื่นให้บริการหรือให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดมากที่สุด คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย (ร้อยละ 17.66) ส่วนเคยมีประสบการณ์จากสื่อต่าง ๆ ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด (ร้อยละ 96.77) เคยมีประสบการณ์มากที่สุด คือ ถุงยางอนามัย (ร้อยละ 19.29)

นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำพูดที่เป็นแรงบันดาลใจให้เกิดความมั่นใจในการให้บริการ (ร้อยละ 66.13) ในด้านความรู้เรื่องการคุมกำเนิด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในระดับสูง (ร้อยละ 87.90, 84.68 และ 79.84)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการให้บริการด้านการคุมกำเนิดของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 (n= 124)

การรับรู้	M	SD	t-test	p-value
ปี 3	3.03	0.62	1.73	0.88
ปี 4	3.21	0.49		

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการให้บริการด้านการคุมกำเนิดของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ ($p < .05$)

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21–22 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 66.13) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาและเป็นช่วงที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 โดยมากกว่าร้อยละ 91 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.33) ซึ่งสอดคล้องกับบรรทัดฐานเชิงเพศภาวะของพยาบาลยังเป็นเพศหญิง (Chirawatkul, Chinlumprasert, Songwatana, Deoisres, Fongkaew, & Rungreongkul, 2012)

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชั้นปีที่ 3 และ ชั้นปีที่ 4 ซึ่งเป็นช่วงที่กำลังศึกษาทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ วิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ ซึ่งมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ และ

การกำเนิด สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88.71 มีการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานในเรื่องการคุมกำเนิด โดยร้อยละ 74.19 ระบุว่ามีส่วนสนับสนุนการเรียนรู้เรื่องการให้บริการด้านการคุมกำเนิด และร้อยละ 87.10 ระบุว่ามีส่วนการเรียนรู้ที่ช่วยในการเตรียมความพร้อมการให้บริการด้านการคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตที่มีลักษณะการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และภาคปฏิบัติ โดยวัตถุประสงค์ของการสอนภาคทฤษฎีส่วนหนึ่งคือการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาสามารถถ่ายโยงความรู้จากภาคทฤษฎีไปสู่ภาคปฏิบัติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sulaiman, Suvanchatree, Patanapichai, & Cherajin (2023) ที่ทำการวิจัยเพื่อออกแบบหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความสามารถในการให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดในวัยรุ่นสำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นควรต้องมีการเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาออกไปฝึกงาน โดยมีส่วนสนับสนุนประเพณีที่ดีที่คนจะช่วยเหลือเพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้มากขึ้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 79.84) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลสามารถประเมินความสามารถของตนเองในการให้บริการด้านการคุมกำเนิดได้อย่างมั่นใจ และชี้ให้เห็นว่าการจัดการเรียนการสอนและการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงานของหลักสูตรพยาบาลสามารถเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะในการให้บริการด้านการคุมกำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sreeapan, Yimyam, Supavititpattana, & Chuto, 2016) นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่าการสนับสนุนทั้งในด้านความรู้ ทักษะจิต ประสพการณ์ตรง การใช้ตัวอย่าง และคำพูดชักจูง ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการได้สูงขึ้น โดยประมาณครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์การให้บริการการคุมกำเนิด (ร้อยละ 50.81) โดยมากที่สุดเป็นชนิดถุงยางอนามัย (ร้อยละ 45.97) รองลงมาเป็นยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 41.13) ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจากถุงยางอนามัยสามารถหาได้ง่ายขึ้น มีจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อซึ่งเปิดให้บริการ 24 ชั่วโมง และถุงยางอนามัยและยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นบริการคุมกำเนิดที่อยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผู้รับบริการสามารถไปรับบริการได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายที่สถาบันสุขภาพทั่วประเทศ ผลการวิเคราะห์ประสบการณ์การให้บริการคุมกำเนิด สอดคล้องกับประสบการณ์การได้เห็นบุคคลอื่นที่ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ที่กลุ่มตัวอย่าง 4 ใน 5 ระบุว่ามีส่วนประสบการณ์การได้เห็นบุคคลอื่นที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด โดยเป็นชนิดยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด และเกือบทั้งหมด มีประสบการณ์ในการเห็นสื่อต่าง ๆ ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด โดยเป็นชนิดถุงยางอนามัยมากที่สุด อย่างไรก็ตามมีเพียง 3 ใน 5 เคยมีประสบการณ์การได้รับคำพูดที่เป็นแรงบันดาลใจให้มีความมั่นใจในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด โดยร้อยละ 79.84 รับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะในการให้บริการด้านการคุมกำเนิดในระดับสูง และผลการวิเคราะห์ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดของกลุ่มผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดในระดับสูง (ร้อยละ 87.90) และมีทัศนคติต่อการให้บริการคุมกำเนิดในระดับสูงเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 84.68) ปัจจัยทั้งสองประการนี้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตามแนวคิดของ Bandura ซึ่งชี้ว่าความรู้ที่มากเพียงพอและทัศนคติที่ดีต่อภาระงานเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้เรียน ผลการศึกษารังนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jumneansuk, Arsa, Detboon, & Phoolawan (2017) ที่รายงานว่า นักศึกษาที่มีทัศนคติด้านการคุมกำเนิดในระดับสูงมักมีการรับรู้

สมรรถนะในการให้บริการคุมกำเนิดในระดับสูงเช่นกัน สะท้อนว่าทัศนคติที่ดีอาจส่งผลต่อแรงจูงใจ ความมั่นใจ และความพร้อมในการปฏิบัติงานจริง

ดังนั้น ระดับความรู้และทัศนคติที่สูงของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองชั้นปีอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของปี 3 และปี 4 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานความรู้ ความเชื่อมั่น และความพร้อมด้านทัศนคติในระดับที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ผลของระดับชั้นปีไม่แสดงความแตกต่างชัดเจนทางสถิติ

ผลการศึกษาพบว่า แม้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 จะมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในการให้บริการคุมกำเนิดสูงกว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 3 (3.21 และ 3.03 ตามลำดับ) แต่ความแตกต่างดังกล่าวไม่พบความมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .88$) สะท้อนว่าระดับชั้นปีอาจไม่ใช่ปัจจัยชี้ขาดต่อการพัฒนาสมรรถนะโดยตรง และความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจมาจากปัจจัยแวดล้อมอื่นที่ไม่ได้ถูกรวมไว้ในแบบจำลองการวิจัยครั้งนี้ ความไม่แตกต่างทางสถิติอาจเกิดจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันสูง ทั้งสองชั้นปีมีการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติในระดับสูง ได้รับสื่อสนับสนุนการเรียนรู้ในสัดส่วนมาก และมีประสบการณ์การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องไม่แตกต่างกันมาก รวมถึงมีระดับความรู้และทัศนคติด้านการคุมกำเนิดในระดับสูงใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีช่วงอายุใกล้เคียงกัน ส่งผลให้ความแปรปรวนของข้อมูลต่ำ ซึ่งอาจลดความสามารถของการทดสอบทางสถิติในการตรวจพบความแตกต่างที่แท้จริง

อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยที่สูงกว่าในกลุ่มนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองของ Bandura ที่ได้กล่าวไว้คือ ผู้ที่มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) และการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) จะมีการรับรู้สมรรถนะได้ดีกว่า ซึ่งนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ได้ขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยสูตินรีเวชจริงแต่นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ไม่เคยขึ้นฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยสูตินรีเวช อาจจะทำให้ยังไม่เคยได้รับประสบการณ์ในการให้บริการด้านการคุมกำเนิด อาจจะเพียงเห็นคำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดในการศึกษาภาคปฏิบัติในชั้นปีที่ 3 ที่มีการให้คำแนะนำเพื่อให้รู้จักประเภทของการคุมกำเนิดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และ หญิงระยะหลังคลอด แต่ในนักศึกษาชั้นปีที่ 4 จะได้ศึกษาภาคปฏิบัติและเกิดประสบการณ์ในการเลือกวิธีการคุมกำเนิดพร้อมกับให้คำแนะนำให้กับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์รายวิชา สอดคล้องกับการศึกษาของ Shokebumroong, Wonggom, & Suwittawat (2021) ปัจจัยทางด้านประสบการณ์เดิม ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเดิมทางการแพทย์ ปัจจัยทางด้านการใช้ตัวต้นแบบซึ่งรวมถึงการใช้คำพูดเชิงกระตุ้นส่งเสริม ได้แก่ การเตรียมความพร้อม มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

นักศึกษาที่ได้รับปัจจัยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองทั้ง 4 ด้าน จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experiences) การใช้ตัวแบบ (Vicarious experiences) การใช้คำพูดชักจูงประสบความสำเร็จได้ (Social persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional states) จะมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการให้บริการด้านการคุมกำเนิดมากกว่า

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในด้านการให้บริการคุมกำเนิดมากกว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 แต่อย่างไรก็ตามนักศึกษาชั้นปีที่ 3 มีโอกาสที่จะได้รับประสบการณ์จริงในการ

ให้บริการคุมกำเนิดแก่หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด ดังนั้นผู้สอนสามารถใช้คำพูดชักจูงที่กระตุ้นให้นักศึกษาปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดจากกรอบคิดแบบปิดกั้นเป็นกรอบแนวคิดแบบเติบโต ซึ่งจะทำให้นักศึกษารับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการศึกษา: ควรออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมสมรรถนะตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ ฝึกปฏิบัติจริง ใช้ตัวอย่างจากผู้อื่น คำพูดชักจูง และสร้างบรรยากาศสนับสนุนความมั่นใจ
2. ด้านการวิจัย: ควรศึกษาผลของกิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะตนเองต่อสมรรถนะทางการพยาบาลด้านอื่น ๆ และประเมินผลทั้งด้านความรู้และพฤติกรรม
3. ด้านพัฒนาหลักสูตรและนักศึกษา: ปรับหลักสูตรให้เพิ่มกิจกรรมฝึกปฏิบัติและสื่อสนับสนุน พร้อมส่งเสริมการสะท้อนคิดเพื่อพัฒนาความมั่นใจและสมรรถนะในการให้บริการ

References

- Bandura, A., & Wessels, S. (1997). *Self-efficacy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay Company.
- Chaiboonruang, T., & Yimyam, S. (2014). International Nursing Programme Students' Pregnancy Care Efficacy. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 28(3), 55-67. (in Thai)
- Chirawatkul, S., Chinlumprasert, N., Songwatana, P., Deoisres, W., Fongkaew, W., & Rungreonkulkij, S. (2012). Nursing profession: A meaning in gender perspective. *Thai Journal of Nursing Council*, 26(2), 26-41. (in Thai)
- Goggin, K., Hurley, E. A., Wagner, G. J., Staggs, V., Finocchiaro-Kessler, S., Beyeza-Kashesya, J., et al. (2018). Changes in providers' self-efficacy and intentions to provide safer conception counseling over 24 months. *AIDS and Behavior*, 22, 2895-2905.
- Intharaprasert, S., Phattachai, S., Phongkittilucka, M., Sangsiwong, S., Permpangpun, S., Poonkham, Y., et al. (2008). *Family planning service manual for public health personnel*. Bureau of Reproductive Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Jumneansuk, A., Arsa, R., Detboon, P., & Phoolawan, P. (2017). Attitudes Towards Birth Control Among Female Students of University in Pathum Thani Province. *VRU Research and Development Journal Science and Technology*, 12(3), 79-90. (in Thai)
- Kim, A. (2024). The effects of traditional lecture-based instruction on nursing students' ability to apply theoretical knowledge in clinical practice. *Journal of Nursing Education and Practice*, 14(2), 45-52.

- Maddux, J. E. (1995). *Self-efficacy theory: An introduction*. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 3–33). Boston, MA: Springer.
- Maddux, J. E. (2013). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. New York: Springer Science & Business Media.
- Phetcharak, k. (2021). The Effects of an Objective Structured Clinical Examination on Perceived Nursing Competencies and Clinical Skills Among Maternal and Child Nursing Students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 29(2), 3-10. (in Thai)
- Shokebumroong, K., Wonggom, P., & Suwittawat, C. (2021). Self-perceived nursing competencies of the second-year nursing students in adult health nursing practice course I at the Faculty of Nursing, Khon Kaen University. *Journal of Nursing Science & Health*, 44(2), 74-84. (in Thai)
- Sreeapan, P., Yimyam, S., Supavititpattana, B., & Chuto, P. (2016). The effect of cooperative learning on skills and self-efficacy in postpartum teaching among fourth-year nursing students. *Nursing Journal*, 42(2), 84–91. (in Thai)
- Sulaiman, P., Suvanchatree, S., Patanapichai, S., & Cherajin, Y. (2023). Effect of developing training courses on improving contraceptive counseling ability of teachers' professional students. *Nursing, Health, and Education Journal*, 6(3), 58-68. (in Thai)
- Zivlak, J., & Stojanac, N. (2019). Self-efficacy: Concept and its importance in education. *Proceedings of the XXV Skup Trendovi Razvoja: Kvalitet Visokog Obrazovanja*. Kopaonik, Serbia.

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

¹ผู้ให้การติดต่อ (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) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ
หน้า ค

(enter ขนาด 15)

วัตถุประสงค์วิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

สมมติฐาน (ถ้ามี)(ขนาด 16 หน้า)

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

(enter ขนาด 15)

นิยามศัพท์ (ถ้ามี)

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

(enter ขนาด 15)

กรอบแนวคิดการวิจัย (ขนาด 16 หน้า)

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

[illegible]

(Enter ขนาดตัวอักษร 8)

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

(enter ขนาด 15)

บทนำ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นานา) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ

(enter ขนาด 15)

เนื้อเรื่อง (ขนาด 16 หน้า) (แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ)

(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

(enter ขนาด 15)

ข้อเสนอแนะ (ขนาด 16 หน้า)

(เนื้อหา ย่อหน้า 1.25 เซนติเมตร ขนาดตัวอักษร 15 ไม่นาน) หากมีหัวข้อให้ศึกษาการกำหนดเลขหัวข้อ

(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 3

กันยายน - ธันวาคม 2568



วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช

Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat