

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบงานวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา และสนับสนุนให้บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.พิศิษฐ์ พลธนะ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

นางสาววรางคณา คุ่มสุข

รองผู้อำนวยการกลุ่มวิจัยและบริการวิชาการ

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. นางสาวขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี |
| 2. ดร.บุญส่ง สุประดิษฐ์ | วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ |
| 3. ผศ.ดร.เมทนี ระดาบุตร | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |
| 4. ดร.สมชาย ชัยจันทร์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 5. ผศ.ดร.องค์อร ประจันเขตต์ | วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

- | | | |
|---------------------|--------------------|---|
| 1. รศ.ดร.สมใจ | พุทธาพิทักษ์ผล | มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช |
| 2. รศ.ดร.วันเพ็ญ | แก้วปาน | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. รศ.ดร.พร้อมพิไล | บัวสุวรรณ | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 4. รศ.ดร.พิมพ์สุราง | เตชะบุญเสริมศักดิ์ | มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 5. ผศ.ดร.ยุวดี | ลีลคนาวิระ | มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 6. ผศ.ดร.สาโรจน์ | เพชรมณี | วิทยาลัยนครราชสีมา |
| 7. ผศ.ดร.วรรณวดี | เนียมสกุล | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 8. ดร.ภาวดี | เหมทานนท์ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |
| 9. ผศ.ดร.จามจุรี | แซ่หลู่ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช |
| 10. ผศ.ดร.จุฬารัตน์ | ห้าวหาญ | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี |

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

11. ผศ.ดร.ชูศักดิ์	ยืนนาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
12. ผศ.ดร.บุศรินทร์	เอี้ยวสีหยก	วิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี
13. ผศ.ดร.นงนภัทร	รุ่งเนย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
14. ผศ.ดร.ปริญญาภรณ์	ธนะบุญปวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
15. ดร.สุภาวดี	นพรุจจินดา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
16. ดร.ชุติกานุจน์	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
17. ผศ.ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
18. รอ.หญิง ดร.จรรยาลักษณ์	ป่องเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
19. ดร.อาคม	โพธิ์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
20. ผศ.ดร.จรรุวรรณ	สนองญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. ดร.ลักขณา	ศิริกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
22. ผศ.ดร.สุภาภรณ์	วรอรุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
23. ผศ.ดร.สุพัตรา	จันทร์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
24. ดร.ปรีนทร์	ศรีศลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
25. ดร.วาสนา	อุปป้อ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
26. ดร.จักรกฤษณ์	สิริน	สายงานการศึกษา ฝึกอบรมและให้คำปรึกษา สถานประกอบการ สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น)

เจ้าของ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 ม.1 ต.สนามชัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวศรีแพร พุ่มมั่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
2. นางสาวเกศสรา ศีคำ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
3. นายอมรเทพ ศรีวิเชียร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

กำหนดออกวารสาร ทุก 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) มกราคม-เมษายน พฤษภาคม-สิงหาคม และกันยายน - ธันวาคม

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบบทความวิจัย และบทความวิชาการ สาขาการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา สนับสนุนให้อาจารย์บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มีบทความวิจัย 11 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติจริงที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแลผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีความดียิ่งขึ้นต่อไป

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม

สารบัญ

หน้า

การพัฒนาารูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษั้ไ้วิทยาลัย โรงพยาบาลมหาสารคาม	5
:อริสรา สิทธิจันทร์เสน, อนุชา ไทยวงษ์, นันทชัยนัน นฤนาทนาเสฏฐ์, อุไรวรรณ ประเสริฐสังข์, มะริวัล ไหลหาโคตร, โชติรส ฤกษ์ดี, มลฤดี แสนจันทร์ และกำทร ดานา	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้	25
:วรรณภา พรายมี	
ภาวะสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 30 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ	42
:เมวดี ศรีมงคล และพัชรินทร์ บุญเสริม	
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี	56
:อำไพวรรณ ทุมแสน, สุภัจฉรี มะกรกรรม์ และแสงดาว จารุจิตร	
โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาาระดับชั้นปีที่ 5 - 6 จังหวัด สุพรรณบุรี	71
:จารุวรรณ สอนงญาติ, พิเศษ พลชนะ, เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์, จินตนา เพชรมณี, ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์ และอุษณียาภรณ์ จันทร	
การปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัดโดยการแก้ปัญหา: กรณีศึกษา	88
:ชาลินี หนูชูสุข, สุทธนันท์ กัลละ และปภาจิต บุตรสุวรรณ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี	100
:สุวิพรรณ มาปุ	
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีทำความสะอาดของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในกลุ่มบริการสุขภาพกรุงเทพใต้	117
:บุญธรรม ขำขันมะณี, วันเพ็ญ แก้วปาน, สุรินทร์ กลัมพากร และจุฑาธิป ศีลบุตร	
พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ในจังหวัดสุพรรณบุรี	134
:กาญจนา อาชีพ และวัฒนา ชยวัช	
แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ	146
:สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, ปวีดา โพธิ์ทอง, สุนทรี ชะชาตย์ และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์	
การพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	157
:ดวงเนตร ธรรมกุล, เรณู ขวัญยืน และอรนุช ชูศรี	

การพัฒนารูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม

อริสรา สิทธิจันทร์เสน, พย.บ.*, อนุชา ไทยวงษ์, ปร.ด.**

นันท์ชญาณ์ นฤนาทนาเสฏฐ์, พย.บ.*, อุไรวรรณ ประเสริฐสังข์, พย.บ.*

มะริวัล ไหลหาโคตร์, พย.บ.*, โชติรส ฤกษ์ดี พย.บ.*

มลฤดี แสนจันทร์, พย.ม.** และกำพร ดานา, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) การสร้างต้นแบบ ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่อง 3) การทดสอบประสิทธิผลในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 30 คน และ 4) การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลคลินิก ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2565-สิงหาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบทีรายคู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) หลักสูตรรักษัไต 2) การจัดการเรียนรู้รายบุคคลและรายกลุ่ม 3) การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) การสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว 5) การติดตามเยี่ยมด้วยการพยาบาลทางไกล และ 6) ชูต้นวัตรกรรมสื่อและอุปกรณ์ให้ความรู้ ภายหลังการทดลองใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยรวม และมีระดับคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอัตราการครองชีพอยู่ในระยะเดิม ทีมสุขภาพมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ารูปแบบของหลักสูตรฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้ มีประโยชน์และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบของหลักสูตรฯ ที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ผลลัพธ์ทางคลินิกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: รูปแบบ การชะลอไตเสื่อม โรคไตเรื้อรัง การสนับสนุนของครอบครัว

* โรงพยาบาลมหาสารคาม

**วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: anucha@smnc.ac.th

(Received: October 26, 2024; Revised: February 16, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Development the Model of a Ruk-Tai Wittaya Modules, Mahasarakham Hospital

Arisara Sitthichansen, B.N.S.* , Anucha Taiwong, Ph.D.**

Nanchaya Naruenatthanaseth, B.N.S.* , Uraiwan Prasertsang, B.N.S.*

Mariwan Laihakot, B.N.S.* , Chotirose Roekdee, B.N.S.*

Monrudee Saenchan, M.N.S.** & Kamthorn Dana, Ph.D.**

Abstract

This research aimed to develop and study the effectiveness of the Kidney Care School curriculum model at Mahasarakham Hospital. The study consisted of 4 main phases: 1) Analysis of problem situations and development needs, 2) Prototype creation, quality verification, and pilot study, 3) Testing effectiveness in a large sample group using a quasi-experimental one-group pretest-posttest design with 30 purposively selected patients with chronic kidney disease stages 3-4 from the chronic kidney disease clinic at Mahasarakham Hospital, and 4) Evaluation, improvement, and quality confirmation. Research instruments included focus group discussion guidelines, general information record form, chronic kidney disease knowledge assessment, self-management behavior assessment for delaying kidney deterioration, general quality of life assessment, and clinical data record form. The research was conducted between September 2022 and August 2023. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and content analysis.

The study results showed that model of a Ruk-Tai Wittaya modules consists of 6 components: 1) kidney care curriculum, 2) individual and group learning management, 3) self-efficacy enhancement, 4) social support from family, 5) telenursing follow-up visits, and 6) innovation media sets and educational equipment. After a 6-month trial period, the sample group showed significantly higher mean scores in knowledge and overall self-management behaviors for delaying kidney deterioration and quality of life levels compared to pre-trial scores at the .05 statistical significance level. Additionally, all participants maintained that their kidney filtration rates were changeless. The healthcare team unanimously agreed that the developed curriculum model was beneficial and feasible for practical implementation, indicating that the developed curriculum model helps chronic kidney disease patients improve their self-management behaviors for delaying kidney deterioration, clinical outcomes, and quality of life.

Keywords: model delay CKD progression chronic kidney disease family support

*Mahasarakham Hospital

**Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก เนื่องจากมีความชุกที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Kovesdy, 2022) มีสาเหตุสำคัญจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (Kaneyama et al., 2023) โดยโรคไตเรื้อรังแบ่งออกเป็น 5 ระยะตามระดับการลดลงของอัตราการกรองของไต ในระยะแรกมักจะไม่แสดงอาการจนกว่าไตจะถูกทำลายและเสียหายที่รุนแรง มีเพียงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเท่านั้นที่บ่งชี้ว่ามีการทำงานของไตลดลง และจะพบอาการผิดปกติเพิ่มขึ้นเมื่ออัตราการกรองของไตลดลงในระดับรุนแรง (National Kidney Foundation, 2020) จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคไตเรื้อรังหรือมีภาวะไตเสื่อม สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-4 มักเรียกรวมกันว่าโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต (Cheung et al., 2021; de Boer et al., 2020) มีเป้าหมายสำคัญคือการชะลอไตเสื่อมเพื่อป้องกันและยืดระยะเวลาการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 ซึ่งเป็นระยะที่การทำหน้าที่ของไตลดลงในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Cheung et al., 2021; de Boer et al., 2020) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบมากที่สุดและเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคลุกลามเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้อย่างรวดเร็ว (Arora et al., 2017; Dai et al., 2021) จากฐานข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center; HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 1,062,756 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2564 มากถึง 85,064 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 จำนวน 586,783 ราย หรือประมาณเกือบสองในสาม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคไตระยะท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตมากถึง 70,474 ราย และมีรายงานว่า ในประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อปี (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) สำหรับจังหวัดมหาสารคามเป็นพื้นที่ที่มีรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังค่อนข้างสูง พบว่าในช่วงปี 2562-2564 พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จำนวน 1,696 1,976 และ 2,263 ตามลำดับ และยังพบว่าปี 2565-2566 มีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 21.65 และ 32.33 ตามลำดับ นอกจากนี้ในปี 2562-2566 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานด้านการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ สามารถชะลอไตเสื่อมได้สำเร็จ (ค่า eGFR ลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m² ต่อปี) คิดเป็นร้อยละ 60.09, 65.62, 61.90, 58.86 และ 63.36 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือน้อยร้อยละ 66.00 ซึ่งให้เห็นว่าโรคไตเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดมหาสารคาม และการชะลอไตเสื่อมให้สำเร็จจึงเป็นเป้าหมายที่ท้าทายอย่างยิ่งของทีมสุขภาพ

จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทุกระยะ จำนวน 949 ราย โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 459 ราย หรือเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มาใช้บริการทั้งหมด มีผลลัพธ์ตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานด้านการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 63.07 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด (โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2565) แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานแล้วก็ตาม จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 หลายรายที่มีค่า eGFR ลดลงมากกว่า 5 ml/min/1.73m² ต่อปี เนื่องจากยังมีความรู้และการปฏิบัติตัวไม่เพียงพอ รวมถึงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้องและเสี่ยงต่อการดำเนินของโรคที่รวดเร็ว เช่น รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง มีความเชื่อว่าทานยาหลายตัวจะไป

ทำลายไต มีการใช้ยาสมุนไพรตามคำโฆษณาเนื่องจากมีความเชื่อเรื่องยาล้างไต นอกจากนี้ยังพบว่าไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม และอาหารหมักดอง ขาดความตระหนักรู้ที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมเนื่องจากคนไข้โรคไตเรื้อรังเป็นกลุ่มที่มีแนวการรักษาที่หลากหลายและมีปัญหาที่ซับซ้อน นอกจากนี้ยังพบว่าไม่มีรูปแบบการสอนหรือการให้ความรู้ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม และขาดการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ (โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2565)

การชะลอไตเสื่อมเป็นกลุ่มเป้าหมายการดูแลที่สำคัญในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย 2 กลวิธีหลัก คือ 1) การจัดการทางยา ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาลดน้ำตาลในเลือด ยาปรับสมดุลกรดต่าง และยาลดไขมันในเลือด (National Kidney Foundation, 2020; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) และ 2) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ออกกำลังกายที่เหมาะสม ควบคุมน้ำหนัก งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีผลต่อไต การจัดการความเครียด และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการ (National Kidney Foundation, 2020; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ให้สำเร็งนั้น อาจต้องใช้หลายกลวิธีร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคร่วมและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตได้ อย่างไรก็ตามการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งค่อนข้างยากและซับซ้อน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดี ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางคลินิกและส่งเสริมการคุณภาพชีวิตที่ดี (Donald et al., 2018; Herrington et al., 2017; Peng et al., 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านความรู้ (Wint et al., 2023; เพียงดาว จุลบาท และ นงนภัทร รุ่งเนย, 2564) การสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว (เพียงดาว จุลบาท และ นงนภัทร รุ่งเนย, 2564) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Wint et al., 2023; Yoomuang & Suphannakul, 2023) เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีโดยการบูรณาการหลายแนวคิดซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลดังกล่าวร่วมกัน เนื่องจากการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะมีความยุ่งยากและซับซ้อนมากกว่าโรคเรื้อรังชนิดอื่น เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมาย เกิดพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดี และยืดเวลาการเข้าสู่โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

จากการทบทวนวรรณกรรมยังชี้ให้เห็นความสำคัญของรูปแบบการสอน และการให้ความรู้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในลักษณะของหลักสูตรหรือโรงเรียนซึ่งเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ปรับความคิด ทศนคติ ตลอดจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม (ศุภวรรณ ยอดโปร่ง และ ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2562) ส่งผลดีต่อการควบคุมโรคเรื้อรัง (รัตนานา เสนาหนอก, 2566; ศุภวรรณ ยอดโปร่ง และ ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2562) และการประยุกต์ใช้หลายแนวคิดร่วมกันช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในการชะลอไตเสื่อมที่ดี (Suvamat et al., 2023; กัญญาณัฐ ใจกลาง, 2567; นิซหารีย์ ภูมิพาณิชย์ชัย และคณะ, 2565; นิสากร วิบูลชัย และ รุ่งทิวา ศรีเดช, 2563) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการพัฒนาารูปแบบการสอนและการให้ความรู้ในลักษณะของหลักสูตรหรือโรงเรียนที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงสนใจพัฒนารูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษั้ไตวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม อันจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดี ชะลอการดำเนิน

โรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษไตวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษไตวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยศึกษาผลดังนี้

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้วางแผนการพัฒนารูปแบบโดยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรของ Taba (Taba & Spalding, 1962) เป็นกรอบแนวคิดเชิงกระบวนการในการพัฒนารูปแบบฯ เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่ช่วยในการออกแบบหลักสูตรที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) สร้างโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่อง โดยกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบ 3) นำโปรแกรมไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล และ (4) ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพของรูปแบบ สำหรับกรอบเชิงเนื้อหาผู้วิจัยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) แนวคิดการสนับสนุนของครอบครัว (House et al., 1988) แนวคิดการเสริมสร้างการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) และแนวคิดการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติหรือกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้และทักษะในการจัดการการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมการจัดการทางการแพทย์ (medical management) เช่น การใช้ยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจัดการกับบทบาท (role management) คือการคงไว้ซึ่งบทบาทหรือการปรับบทบาทที่เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย และการจัดการกับอารมณ์ (emotional management) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจตนเองเพิ่มขึ้น เกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคและมีความยั่งยืน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดี มีผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนา 2) สร้างต้นแบบโปรแกรม (prototype) ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 3) นำโปรแกรมที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผลโดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง (quasi-experimental, one group pre-posttest design) ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด และ 4) ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและ

ยืนยันคุณภาพโปรแกรม ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2565 - สิงหาคม 2566 พื้นที่ศึกษา คือ คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามขั้นตอนการวิจัยได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา ประกอบด้วย

1) เวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์คือ เป็นเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีค่า eGFR ลดลงมากกว่า $5 \text{ mL/min/1.73 m}^2$ ต่อปี ที่มารับบริการที่คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2565 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 15 ฉบับ

2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีการคัดเลือกตามเกณฑ์คือ อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โดยแพทย์แผนปัจจุบัน มีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ มีความผิดปกติของสภาพจิตและการรู้คิด และมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างของผู้ป่วยตามหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (rule of thumb) (Hertzog, 2008) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 10 คน

3) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตามข้อ 2) ข้างต้น และอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย หรืออาศัยอยู่ในระแวกบ้านผู้ป่วย มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารให้ข้อมูลการเป็นผู้ดูแลได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ เปลี่ยนผู้ดูแล ไม่สามารถติดต่อได้ และปฏิเสธการเข้าร่วมก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างของผู้ดูแลตามหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของการรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (rule of thumb) (Hertzog, 2008) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 10 คน

4) ทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาล 5 คน นักโภชนาการ 1 คน และนักวิทยาศาสตร์การกีฬา 1 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือ เป็นทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งการศึกษานี้คัดเลือกทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมาทั้งหมด

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างต้นแบบโปรแกรม (Prototype) ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามเกณฑ์เหมือนขั้นตอนที่ 1 ข้างต้น โดยเป็นคนละกลุ่มกับขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 10 คน (Hertzog, 2008) ซึ่งเพียงพอต่อการศึกษานำร่อง

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบของโรงเรียนรักษิตวิทย์ที่พัฒนาไปใช้ เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างคือ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power คำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาก่อนหน้าได้เท่ากับ 2.02 (ไพศาล ไตรสิริโชค และคณะ, 2562) ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แบบสองทาง และอำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.8 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างได้ 26 ราย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 30 ราย

โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์เหมือนขั้นตอนที่ 1 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนนี้ ไม่เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 3 จำนวน 10 คน คัดเลือกโดยการจับฉลาก และทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในขั้นตอนที่ 1 จำนวน 10 คน

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย ดังนี้

1) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ใช้สำหรับสนทนากลุ่มในขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ (1) สำหรับผู้ป่วย เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยต่อโรคไตเรื้อรัง การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และความต้องการการดูแล (2) สำหรับผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค และความต้องการการช่วยเหลือสนับสนุน และ (3) สำหรับทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เกี่ยวกับสภาพปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและความต้องการในการพัฒนา

2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย มีลักษณะเป็นช่องว่างสำหรับเติมคำตอบและตัวเลือกให้ตอบ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษา ระยะเวลาเจ็บป่วย ระยะของโรคไต และโรคร่วม

3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อาหารเฉพาะโรค การรับประทานยา และการออกกำลังกาย มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก (Dichotomous choice) แบบถูก-ผิด มีช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 0-10 การแปลผลแบ่งออกเป็นความรู้ระดับดี (เท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน) และความรู้ระดับไม่ดี (น้อยกว่า 7 คะแนน)

4) แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร (8 ข้อ) ด้านการรับประทานยา การใช้ยา และการมาตรวจตามนัด (3 ข้อ) ด้านการออกกำลังกาย (1 ข้อ) ด้านการควบคุมโรคร่วม (4 ข้อ) และด้านการจัดการบทบาทและอารมณ์ (4 ข้อ) มีลักษณะตัวเลือกของคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติเลย (1) - ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ตั้งแต่ 20-100 การแปลผลแบ่งออกเป็นพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมระดับดี (เท่ากับหรือมากกว่า 60 คะแนน) และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมไม่ดี (น้อยกว่า 60 คะแนน)

5) แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (SF-36) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสุขภาพโดยแบ่งเป็น 8 ด้าน รวม 35 ข้อ คือ ด้านการทำหน้าที่ทางกาย ด้านข้อจำกัดในบทบาทหน้าที่ ด้านความเจ็บปวด ด้านการรับรู้สุขภาพทั่วไป ด้านพลังงานและกำลังกาย ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม ด้านข้อจำกัดในบทบาทจากปัญหาทางอารมณ์ ด้านสุขภาพจิต และคำถามอิสระ 1 ข้อ รวม 36 ข้อ มีการแปลแบบสอบถามเป็นภาษาต่างๆ รวมทั้งภาษาไทย ลักษณะตัวเลือกของ

คำถามแต่ละข้อเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 คะแนน คะแนนสูงแปลว่ามีคุณภาพชีวิตดี (เท่ากับหรือมากกว่า 50 คะแนน) คะแนนน้อยแปลผลว่ามีคุณภาพชีวิตไม่ดี (น้อยกว่า 50 คะแนน) เป็นเครื่องมือที่มีการใช้อย่างแพร่หลายทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย (อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ, 2560)

6) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์เชิงวิชาชีพของผู้วิจัย มีลักษณะเป็นช่องว่างสำหรับเติมคำตอบ ประกอบด้วย ค่าน้ำหนัก ส่วนสูง ค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c) ค่าครีเอตินิน และค่าอัตราการกรองของไต

7) แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม สำหรับการสนทนากลุ่มร่วมกับตัวแทนกลุ่มตัวอย่าง และทีมสุขภาพ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ภายหลังการทดลองสิ้นสุดในขั้นตอนการประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพโปรแกรม ลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับประโยชน์ คุณค่า และความเป็นไปได้ของรูปแบบของหลักสูตร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน พบว่า แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก มีค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) ระหว่าง 0.60-1.00 สำหรับแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 และ 0.93 ตามลำดับ สำหรับแบบวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (SF-36) ผู้วิจัยไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐาน รวมทั้งเคยใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 (อนุชา ไทยวงษ์ และคณะ, 2560) จากนั้นนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และแบบวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 15 ราย (Bujang et al., 2024) วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังด้วยสถิติ KR-20 ได้เท่ากับ 0.83 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และแบบวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 และ 0.83 ซึ่งมีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม รหัสโครงการ MSKH_REC 65-01-125 ลงวันที่ 1 กันยายน 2565 ผู้วิจัยได้ตระหนักคำนึงถึงหลักการเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย รวมถึงภายหลังเข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบแผนการรักษาที่ได้รับ นอกจากนี้ข้อมูลส่วนบุคคลจะเก็บเป็นความลับและรายงานผลเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบทีแบบรายคู่ (paired t-test) เนื่องจากข้อมูลในแต่ละตัวแปรมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา (กันยายน-ตุลาคม 2565) โดย 1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 10 ฉบับ 2) สนทนากลุ่มร่วมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 10 คน โดยสนทนากลุ่มละ 3-5 คน จำนวน 1 ครั้งต่อคน ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที ในขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์หรือภายหลังพบแพทย์ และ 3) สนทนากลุ่มร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 10 คน สนทนากลุ่มร่วมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 10 คน ในขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์หรือภายหลังพบแพทย์เช่นเดียวกัน เพื่อนำข้อค้นพบมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการสร้างต้นแบบรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษไตวิทยา

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างต้นแบบรูปแบบ (prototype) ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก (พฤศจิกายน 2565 - มกราคม 2566) ประกอบด้วย การสร้างต้นแบบของโรงเรียนรักษไตวิทยา การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบของโรงเรียนรักษไตวิทยาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก 10 ราย โดยการนำข้อค้นพบมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาต้นแบบรูปแบบของหลักสูตรฯ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) แนวคิดการสนับสนุนของครอบครัว (House et al., 1988) แนวคิดการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) และแนวคิดการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา จากนั้นนำต้นแบบรูปแบบของหลักสูตรฯ ที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์โรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขและนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 10 คน โดยเป็นคนละกลุ่มกับขั้นตอนที่ 3 เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินผล การศึกษานำร่อง พัฒนา และปรับปรุงต้นแบบรูปแบบของหลักสูตรฯ

ขั้นตอนที่ 3 การนำรูปแบบของหลักสูตรฯ ที่พัฒนาไปใช้เพื่อตรวจสอบประสิทธิผล (กุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2566) กลุ่มตัวอย่างคือ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 30 คน ณ คลินิกโรคไตเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาสารคาม ตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อน-หลัง ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนผู้ป่วยก่อนการทดลองโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง แบบวัดพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม แบบวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก โดยใช้เวลาในการสอบถามประมาณ 20-30 นาทีต่อราย ภายหลังผู้ป่วยเข้าร่วมการทดลองจนครบระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งโดยใช้เครื่องมือวิจัยชุดเดิม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขและยืนยันคุณภาพรูปแบบ (สิงหาคม-กันยายน 2566) โดยนำผลจากการประเมินตามสภาพจริงจากการนำรูปแบบของหลักสูตรฯ ไปใช้ และนำผลจากการสนทนากลุ่มมาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบของหลักสูตรฯ เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่มกับ กลุ่มตัวแทนผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวน 10 คน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที และสนทนากลุ่มกับทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 10 คน จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 45-60 นาที

ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษไตวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม

1.1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนา พบประเด็นดังนี้

ผลการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 พบปัญหาผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตเรื้อรังที่แยกลงในระยะเวลา 6 เดือน (ค่า eGFR ลดลงมากกว่า 5 ml/min/1.73m^2) จำนวน 12 ใน 15 คิดเป็นร้อยละ 80.00 และทุกรายที่ศึกษาเวชระเบียนมีโรคร่วมที่สำคัญคือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 100.00 (โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2565)

ผลการสนทนากลุ่ม พบดังนี้

กลุ่มผู้ป่วย พบว่า 1) ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง โดยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนเองยังไม่รุนแรง เนื่องจากยังไม่แสดงอาการ แต่มีความรู้สึกกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับการล้างไตในอนาคต 2) มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 3) มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดำเนินโรคไตเรื้อรังที่รวดเร็ว ได้แก่ รับประทานอาหารรสเค็ม อาหารหมักดอง และรับประทานอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ในปริมาณสูง รับประทานยาเพื่อควบคุมโรคร่วมไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากมีความเชื่อว่าทานยาหลายตัวจะไปทำลายไต มีการรับประทานยาสมุนไพรตามคำโฆษณาเพราะเชื่อว่ายาช่วยล้างสารพิษในไต และบางรายยังรับประทานยาชุดและแก้ปวด รวมถึงยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 4) บางรายรับประทานอาหารสำเร็จรูปตามท้องตลาด เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ซื้อและจัดเตรียมอาหารให้ 5) ขาดความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และ 6) ต้องการให้ครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ตนเองสามารถชะลอไตเสื่อมได้

กลุ่มผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง แต่ไม่ทราบถึงบทบาทของตนเองในการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้ และมีความรู้ที่ไม่เพียงพอกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมและควบคุมโรคร่วมได้

1.2 การสร้างต้นแบบ (Prototype) ตรวจสอบคุณภาพ และศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

จากข้อค้นพบทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในขั้นตอนการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการในการพัฒนาได้นำมาเป็นปัจจัยนำเข้าในการสร้างต้นแบบรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษไตวิทยา ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักดังนี้

1) หลักสูตรรักษไต (M-S-K-H Learning) สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (National Kidney Foundation, 2020; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) ประกอบด้วย 4 วิชา ได้แก่ 1.1) วิชารู้ทันโรคไต (kidney knowledge) ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับไตและหน้าที่ของไต โรคไตเรื้อรัง สาเหตุระยะโรคไต อาการและอาการแสดง การชะลอไตเสื่อมการป้องกันไม่ให้โรคไตเรื้อรังก้าวหน้า การรักษา และการบำบัดทดแทนไต 1.2) วิชาเมนูรักษไต (meal) ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับกลเม็ดเคล็ดลับกินอย่างไรเพื่อชะลอไตเสื่อม ความสำคัญของการคุมอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อม อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง การคำนวณความต้องการพลังงานและโปรตีนต่อวัน และเมนูรักษไต 1.3) วิชารู้จักยา (safety drug) ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความสำคัญของการรับประทานยาเพื่อควบคุมโรคร่วมอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การหลีกเลี่ยงการใช้ยาต้ม ยาสมุนไพร ยาหม้อ และยาชุด และ 1.4) วิชาละศึกษา

(healthy exercise) ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง แนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และการจัดการความเครียดตามหลัก 3อ 2ส สำหรับใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 และผู้ดูแล

2) การจัดการเรียนรู้รายบุคคลและรายกลุ่ม จัดกิจกรรมการสอนให้ความรู้ทั้ง 4 วิชา ได้แก่ วิชารู้ทันโรคไต วิชาเมนูรักไต วิชารู้จักยา และวิชาพลศึกษา เป็นรายกลุ่มจำนวน 1 ครั้ง/วิชา ใช้เวลาระยะเวลา 20-30 นาที/ครั้ง และรายบุคคลผ่านทางระบบบริการพยาบาลทางไกล (tele-nursing system) รายละ 20-30 นาที ตามวันและเวลาที่ได้นัดหมาย โดยกิจกรรมในรายวิชาจะประกอบด้วยการสอนและการให้ความรู้ การฝึกทักษะและการตัดสินใจ ทั้งนี้ในการให้ความรู้รายบุคคลนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงความสะดวกคล่องกับปัญหา บริบท และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ รวมถึงจัดกิจกรรมให้มีการอภิปรายร่วมกันในกลุ่มผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความสำเร็จที่เกิดขึ้น โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่มย่อย จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60 นาที

3) การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) การฝึกประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเอง (mastery experiences) ได้แก่ กิจกรรมการฝึกทักษะการเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับโรคไตเรื้อรัง การฝึกทักษะการติดตามค่าความดันโลหิตและค่าน้ำตาลของตนเอง 2) การเรียนรู้โดยตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (vicarious experiences) ได้แก่ การเรียนรู้จากประสบการณ์ความสำเร็จของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถชดเชยได้เสมือนได้ด้วยตนเอง (life model) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วย และการเรียนรู้จากสื่อวิดีโอสำเร็จรูป (symbolic model) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (verbal persuasion) ได้แก่ การให้คำชื่นชม และกำลังใจจากบุคลากรสุขภาพและผู้ดูแล เมื่อผู้ป่วยสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้อง รวมถึงเมื่อสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือฝึกทักษะได้อย่างถูกต้อง และ 4) การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological & emotional states)

4) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนของครอบครัว (House et al., 1988) โดยครอบครัวคือสิ่งสำคัญที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 4 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วยการแสดงความเอาใจใส่เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง เช่น การกระตุ้นเตือนการรับประทานยา และการพามาตรวจตามนัด (emotional support) 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากรด้วยการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง (instrumental support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อม การอ่านและทบทวนความรู้ให้ฟัง (information support) และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่าด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ประเมินตนเอง เปรียบเทียบพฤติกรรมและปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเอง ชื่นชมเมื่อปฏิบัติตัวได้เหมาะสม คอยเตือนเมื่อไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล และการเสริมแรงทางบวกเมื่อปฏิบัติตัวได้เหมาะสม (appraisal support)

5) การติดตามเยี่ยมด้วยการพยาบาลทางไกล ประกอบด้วยกิจกรรมการติดตามเยี่ยมด้วยระบบบริการพยาบาลทางไกลเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 10-15 นาที เพื่อสอนและให้ความรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่ผู้ป่วยและครอบครัวยังมีความสงสัยหรือยังไม่เข้าใจ หรือในส่วนที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือขาดความมั่นใจ นอกจากนี้ยังมีการติดต่อสื่อสารผ่าน

Line OA โดยการส่งภาพความรู้ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมถึงใช้เป็นช่องทางหนึ่งสำหรับการให้คำปรึกษารายบุคคล

6) ชุดนวัตกรรมสื่อและอุปกรณ์ให้ความรู้ “นวัตกรรม 8 สหาย” ประกอบด้วย 1) คู่มือ “เคล็ดไม่ลับกับการชะลอไตเสื่อม” ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากต้นแบบคู่มือการดูแลตนเองของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย 2) คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อม ซึ่งจัดทำโดยโครงการ CKDNET จังหวัดขอนแก่น 3) สื่อประกอบการสอนและสื่อวิดีโอให้ความรู้โรคไตเรื้อรังของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ 4) สื่อภาพอินโฟกราฟิกสำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง อาหารโรคไตและชะลอไตเสื่อม 5) แผ่นพับให้ความรู้และป้ายโรลอัพความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง 6) สมุด “คูไต” สำหรับบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม 7) Line OA กลุ่มโรงเรียนรักษัไตวิทยาโดยมีผู้ดูแลกลุ่มเป็นผู้วิจัยและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง และติดตามโดยให้ระบบบริการพยาบาลทางไกล และ 8) โมเดลอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ผลการตรวจสอบคุณภาพต้นแบบของหลักสูตรฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่าทั้ง 6 องค์ประกอบของรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยาที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และมีเนื้อหาสาระทางวิชาการที่ครบถ้วนสมบูรณ์ แต่มีบางประเด็นในสื่อการสอนที่ยังใช้ข้อความที่ไม่ชัดเจน ข้อความอ่านเข้าใจยาก ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำมาจัดทำเป็นต้นแบบรูปแบบของหลักสูตรฯ ฉบับสมบูรณ์ จากนั้นได้นำไปศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก คือ โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 จำนวน 10 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในคลินิกอายุรกรรมทั่วไป เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ผลการประเมินความเป็นไปได้โดยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจำนวน 3 ท่าน พบว่า รูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยาสามารถใช้ได้จริง

2. การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม

2.1 การนำรูปแบบของโรงเรียนรักษัไตวิทยาที่พัฒนาไปใช้ เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพ

ผลการดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง พบดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.00) มีอายุเฉลี่ย 59.36 ± 9.27 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 83.33) มีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 63.33) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.67) มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 56.67) ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 73.33) เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (ร้อยละ 63.33) มีระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรังเฉลี่ย 2.47 ± 1.69 ปี มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 83.33) รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70.00) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	21	70.00
หญิง	9	30.00

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
Mean 59.36±9.27, Min = 33, Max = 70		
สถานภาพสมรส		
คู่	25	83.33
โสด	4	13.33
หม้าย/หย่า/แยก	1	3.34
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	63.33
มัธยมศึกษา/ปวช.	5	16.67
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.33
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	16.67
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	23.33
เกษตรกร	17	56.67
รับจ้าง	4	13.33
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	2	6.67
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	7	23.33
5,001-10,000 บาท	17	56.67
15,001-20,000 บาท	4	13.33
มากกว่า 20,000 บาท	2	6.67
สิทธิการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	22	73.33
ประกันสังคม	1	3.34
ข้าราชการ	7	23.33
ระยะของโรคไตเรื้อรัง		
ระยะที่ 3	11	36.67
ระยะที่ 4	19	63.33
ระยะเวลาที่เป็นโรคไตเรื้อรัง (ปี)		
M = 2.47±1.69, Min = 1, Max = 8		
โรคร่วม		
โรคเบาหวาน	25	83.33
โรคความดันโลหิตสูง	21	70.00

ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคหัวใจ	3	10.00
ภาวะไขมันในเลือดสูง	10	33.33
โรคเก๊าต์	8	26.67

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้านได้แก่ ดัชนีมวลกายลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง น้ำตาลสะสมลดลง ครีเอตินินลดลง และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยทุกคนมีอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะของโรคไตเรื้อรังเดิม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม คุณภาพชีวิต และผลลัพธ์ทางคลินิก ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ (n=30)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบฯ	หลังใช้รูปแบบฯ	Mean difference	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	6.36 ± 0.76	7.97 ± 1.21	-1.60	-7.35	< .001
พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	70.47 ± 5.67	85.13 ± 6.06	-14.67	-10.85	< .001
คุณภาพชีวิต	57.70 ± 6.92	64.67 ± 6.85	-6.96	-7.46	< .001
ผลลัพธ์ทางคลินิก					
ค่าดัชนีมวลกาย	25.06 ± 3.70	23.60 ± 3.79	1.45	7.18	< .001
ความดันโลหิตซิสโตลิก	135.93 ± 12.18	131.57 ± 14.42	4.36	2.63	0.01
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	73.86 ± 10.70	70.83 ± 11.24	3.03	1.98	0.06
ค่าน้ำตาลสะสม	6.84 ± 0.85	6.52 ± 0.78	0.32	2.44	0.02
ค่าครีเอตินิน	2.43 ± 0.17	2.17 ± 0.12	0.26	2.56	0.01
ค่าอัตราการกรองของไต	30.67 ± 9.81	33.69 ± 10.77	-1.02	-1.85	0.04

2.2 การประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และยืนยันคุณภาพของรูปแบบ

จากการสนทนากลุ่มร่วมกับตัวแทนกลุ่มตัวอย่างและทีมสุขภาพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่ารูปแบบของหลักสูตรฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้มีประโยชน์และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริง ในแต่ละกิจกรรมสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสูงขึ้น รวมถึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมหรือการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างมั่นใจ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าดังที่ว่า “ดีจังเลยค่ะคุณหมอฉันโชคดีมากที่ได้เข้าเรียนในคลินิกนี้กับคุณหมอ แต่ก่อนไม่เคยได้รับความรู้มากมายขนาดนี้ รับยาแล้วก็กลับบ้านปฏิบัติตัวเหมือนเดิม พอได้เรียนรู้กับคุณหมอแล้วนำไปปฏิบัติ ผลเลือดก็มีแนวโน้มดีขึ้น” “แต่ก่อนผมไม่รู้ว่าต้องปฏิบัติตัวยังไง พอเข้าโรงเรียนนี้ผมมี

ความรู้มากขึ้นกว่าเดิม คนในครอบครัวก็ช่วยทำเมนูต่าง ๆ ที่ถูกตามถูกต้องตามที่คุณหมอแนะนำ ดีจริง ๆ อยากให้คนอื่นได้มีโอกาสเข้าเรียนแบบผมบ้างครับ”

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการพัฒนารูปแบบหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม มีหลายประเด็นที่น่าสนใจ สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

การพัฒนารูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม

การพัฒนารูปแบบของหลักสูตรฯ เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ พบว่า ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตเรื้อรังอย่างรวดเร็ว ขาดความรู้ความเข้าใจ มีพฤติกรรมจัดการตนเองและควบคุมโรคร่วมที่ยังไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่มีข้อค้นพบบ่อยเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้ (กุลฤติ จงเทพ และนางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, 2560; จันทรเพ็ญ ประโยงค์ และคณะ, 2563) ที่สำคัญยังขาดความมั่นใจในการจัดการตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า แนวทางในการให้ความรู้ผู้ป่วยแบบเดิมมุ่งเน้นการให้ความรู้เป็นรายบุคคลภายใต้ระยะเวลาที่จำกัด รวมถึงขาดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัวในการเรียนรู้ (โรงพยาบาลมหาสารคาม, 2565) จึงจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ความเข้าใจ มั่นใจในศักยภาพของตนเอง สามารถจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างเพียงพอ เหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

รูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา ประกอบด้วยกิจกรรมการเรียนรู้หลากหลายกิจกรรม ที่ช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่เหมาะสม โดยรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสนับสนุนของครอบครัว แนวคิดการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแนวคิดการจัดการตนเอง มาบูรณาการร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อมของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) หลักสูตรรักษัไต ประกอบด้วย วิชาเมนูรักษัไต วิชารู้จักยา วิชารู้ทันโรคไต และวิชาพลศึกษา 2) การจัดการเรียนรู้รายบุคคลและรายกลุ่ม 3) การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) การสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว 5) การติดตามเยี่ยมด้วยการพยาบาลทางไกล และ 6) ชุดนวัตกรรมสื่อและอุปกรณ์ให้ความรู้ “8 สหาย” สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเอง โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจ และโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาโปรแกรมที่มีจุดเด่นคือ การพัฒนาโปรแกรมภายใต้สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาจากบริบทจริง รวมถึงบูรณาการหลายแนวคิด มีกิจกรรมและกลยุทธ์ที่แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา มีการพัฒนารูปแบบของหลักสูตรฯ อย่างเป็นระบบและเป็นขั้นตอน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีการทดลองใช้ก่อนนำไปสู่การปฏิบัติจริง จึงส่งผลให้รูปแบบของหลักสูตรฯ ที่พัฒนาขึ้นนี้มีคุณภาพ

การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา โรงพยาบาลมหาสารคาม

ภายหลังการใช้รูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยาเป็นเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายด้าน ได้แก่ ดัชนีมวลกายลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง น้ำตาลสะสมลดลง ครีเอตินินลดลง และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และผู้ป่วยทุกคนมีอัตราการกรองของไตอยู่ในระยะของ

โรคไตเรื้อรังเดิม ชี้ให้เห็นว่ารูปแบบของโรงเรียนรักษไตวิทยาที่พัฒนาขึ้นนี้มีประสิทธิผล สามารถอธิบายได้ว่า หลักสูตรโรงเรียนรักษไตวิทยานี้พัฒนาขึ้นภายใต้การบูรณาการแนวทางการสนับสนุนของครอบครัว (House et al., 1988) แนวคิดการสร้างการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) และแนวคิดการจัดการตนเอง (Lorig & Holman, 2003) โดยแบนดูราได้อธิบายว่าการเรียนรู้ของมนุษย์สามารถเรียนรู้ผ่านแหล่งเรียนรู้ 4 แหล่ง ได้แก่ การฝึกประสบการณ์ ความสำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้โดยตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและรับรู้ในความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดี มีความมั่นใจและความเชื่อมั่นในตนเอง (perceived self-efficacy) ที่จะจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (outcome expectations) (Bandura, 1997) และได้นำไปสู่การมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดีและผลลัพธ์ทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 ซึ่งพบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนมีประสิทธิผลในการส่งเสริมการจัดการตนเอง และส่งเสริมให้มีค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น (กัญญาณัฐใจกลาง, 2567) นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการสอนและให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ได้แก่ วิชารู้ทันโรคไต วิชาเมนูรักษไต วิชารู้จักยา และวิชาพลศึกษา ซึ่งมุ่งเน้นให้ความรู้ที่สำคัญและเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม (Khwanthum et al., 2023) ร่วมกับการใช้ชุดนวัตกรรม “8 สหาย” รวมถึงใช้ภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจและจดจำได้ง่าย มีรูปภาพประกอบและสื่อการสอนที่กระตุ้นความสนใจ นอกจากนี้ยังมีการสอนรายบุคคลผ่านระบบพยาบาลทางไกล ซึ่งช่วยให้การเรียนรู้มีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย โดยเฉพาะในรายที่มีข้อจำกัดด้านเวลา จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้และมีค่าเฉลี่ยความรู้สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้ ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งพบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย การสอนให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายเดี่ยว และการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมและค่าอัตราการกรองของไตดีขึ้น (นิชชาธิ์ ภูมิพาณิชย์ชัย และคณะ, 2565) นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว ทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วยการแสดงความเอาใจใส่เพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง การสนับสนุนด้านทรัพยากรด้วยการจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง การสนับสนุนด้านข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการชะลอไตเสื่อม การอ่านและทบทวนความรู้ให้ฟัง และการสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่าด้วยการให้ข้อมูลย้อนกลับและการเสริมแรงทางบวกเมื่อปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ซึ่งครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวเป็นปัจจัยเกื้อหนุนที่สำคัญที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมได้อย่างถูกต้อง มั่นใจ และสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีโรคร่วมเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งพบว่า โปรแกรมช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมชะลอไตเสื่อมและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดียิ่งขึ้น (Suvamat et al., 2023) ซึ่งดังที่กล่าวมาข้างต้น อาจช่วงเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดี มีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น คือ ดัชนีมวลกายลดลง ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลง น้ำตาลสะสมลดลง ครีเอตินินลดลง และอัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้น รวมถึงผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพโดยรวมที่ดีขึ้น จึงอาจทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นภายหลังการเข้าร่วมหลักสูตรโรงเรียนรักษไตวิทยา

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เกิดองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) หลักสูตรรักษัไต ประกอบด้วย วิชาเมานุรักษัไต วิชารู้จักยา วิชารู้ทันโรคไต และวิชาพลศึกษา 2) การจัดการเรียนรู้รายกรณีและรายกลุ่ม 3) การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) การสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัว 5) การติดตามเยี่ยมด้วยการพยาบาลทางไกล และ 6) ชุตนวัตกรรมสื่อและอุปกรณ์ให้ความรู้ โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นรูปแบบของหลักสูตรที่มุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และส่งเสริมการมีพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมที่ดี และส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเพียงกลุ่มเดียว ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยา นอกจากนี้ควรมีการนำรูปแบบของหลักสูตรโรงเรียนรักษัไตวิทยาไปใช้ และติดตามผลอย่างต่อเนื่องทุก 6 เดือน อาจเพิ่มเติมการวัดผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ เช่น ระดับของโปรตีนในปัสสาวะซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนการเสื่อมของไต และระดับของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะซึ่งเป็นตัวสะท้อนพฤติกรรม การบริโภคเกลือของผู้ป่วย รวมถึงนำไปขยายผลและปรับใช้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่สามารถคุมโรคร่วมได้ และควรนำหลักสูตรนี้ไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อประเมินความเหมาะสมในบริบทที่แตกต่างกัน และศึกษาผลกระทบในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

เอกสารอ้างอิง

- Arora, P., Jalal, K., Gupta, A., Carter, R. L., & Lohr, J. W. (2017). Progression of kidney disease in elderly stage 3 and 4 chronic kidney disease patients. *International Urology Nephrology*, 49(6), 1033-1040. <https://doi.org/1033-1040>. 10.1007/s11255-017-1543-9
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Bujang, M. A., Omar, E. D., Foo, D. H. P., & Hon, Y. K. (2024). Sample size determination for conducting a pilot study to assess reliability of a questionnaire. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 49(1), e3. <https://doi.org/10.5395/rde.2024.49.e3>
- Cheung, A. K., Chang, T. I., Cushman, W. C., Furth, S. L., Hou, F. F., Ix, J. H., Knoll, G. A., Muntner, P., Pecoits-Filho, R., & Sarnak, M. (2021). KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of blood pressure in chronic kidney disease. *Kidney International*, 99(3), S1-S87. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.11.003>
- Dai, D., Alvarez, P. J., & Woods, S. D. (2021). A predictive model for progression of chronic kidney disease to kidney failure using a large administrative claims database. *Clinicoeconomics Outcomes Research*, 13, 475-486. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S313857>
- de Boer, I. H., Caramori, M. L., Chan, J. C., Heerspink, H. J., Hurst, C., Khunti, K., Liew, A., Michos, E. D., Navaneethan, S. D., & Olowu, W. A. (2020). Executive summary of the 2020 KDIGO diabetes

- management in CKD guideline: Evidence-based advances in monitoring and treatment. *Kidney International*, 98(4), 839-848. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.06.024>
- Donald, M., Kahlon, B. K., Beanlands, H., Straus, S., Ronksley, P., Herrington, G., Tong, A., Grill, A., Waldvogel, B., & Large, C. A., Harwood, L., Novak, N., James, M. T., Elliott, M., Fernandez, N., Brimble, S., Samuel, S., & Hemmelgarn, B. R. (2018). Self-management interventions for adults with chronic kidney disease: A scoping review. *BMJ Open*, 8(3), e019814. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019814>
- Herrington, G., Waldvogel, B., Large, C., Large, C., & Fernandez, N. (2017). Self-management interventions for adults with chronic kidney disease: A scoping review. *BMJ Open*, 8(3), e019814. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019814>
- Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31(2), 180-191. <https://doi.org/10.1002/nur.20247>
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293-318. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.14.080188.001453>
- Kaneyama, A., Hirata, A., Hirata, T., Imai, Y., Kuwabara, K., Funamoto, M., Sugiyama, D., & Okamura, T. (2023). Impact of hypertension and diabetes on the onset of chronic kidney disease in a general Japanese population. *Hypertension Research*, 46(2), 311-320. <https://doi.org/10.1038/s41440-022-01041-9>
- Khwanchum, R., Pothiban, L., Wonghongkul, T., & Lirtmulikaporn, S. (2023). Effectiveness of the nurse-led self and family management support program among adults with early-stage chronic kidney disease: A Randomized controlled trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 28(1), 219-233. <https://doi.org/10.60099/prijnr.2024.264735>
- Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- National Kidney Foundation. (2020). KDIGO 2020 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Journal Kidney International Supplement*, 3(1), 1-150. <https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538%2820%2930718-3/fulltext>
- Peng, S., He, J., Huang, J., Lun, L., Zeng, J., Zeng, S., Zhang, L., Liu, X., & Wu, Y. (2019). Self-management interventions for chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC nephrology*, 20, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.06.019>

- Suvmat, J., Powwattana, A., Thaingtham, W., Pichayapinyo, P., & Boonlue, S. (2023). Effectiveness of program to slow progression of chronic kidney disease among T2DM with HT with CKD 3 in the community: A randomized controlled trial. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14, 21501319231210619. <https://doi.org/10.1177/21501319231210619>
- Taba, H., & Spalding, W. B. (1962). *Curriculum development: Theory and practice*. Harcourt, Brace & World.
- Wint, Y. Z., Lininger, J., & Leelacharas, S. (2023). Related factors with self-management behaviors among patients with predialysis chronic kidney disease: A multicenter study in Myanmar. *Makara Journal of Health Research*, 27(2), 3. <https://doi.org/10.7454/msk.v27i2.1451>
- Yoomuang, P., & Suphannakul, P. (2023). Factors predicting self-management behaviors among patients with chronic kidney disease stage 3 in suphanburi province, Thailand. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 23(1), 272-278. <https://doi.org/10.37268/mjphm/vol.23/no.1/art.1925>
- กัญญาณัฐ ใจกลาง. (2567). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 4 โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และสาธารณสุข*, 3(3), 27-45.
- กุลฤดี จงเทพ, และ นางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2560). ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการบำบัดทดแทนไต ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(1), 186-194.
- จันทร์เพ็ญ ประโยงค์, กชกร พุทธา, และ วินัย กล่อมแก้ว. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไตเรื้อรังในอำเภอบ้านธิ จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(6), 1035-1043.
- ณิขารีย์ ภูมิพาณิชย์ชัย, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, และ สนใจ ไชยบุญเรือง. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพล อำเภพลพ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, 12(2), 123-133.
- นิสากร วิบูลชัย, และ รุ่งทิวา ศรีเดช. (2563). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. *วารสารแพทย์นิว*, 47(2), 373-393.
- เพียงดาว จุลบาท, และ นางณภัทร รุ่งเนย. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกาจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสพพรรณบุรี*, 7(1), 95-112.
- ไพศาล ไตรสิริโชค, หลั่งพร อุตตราสตร์, และ วราทิพย์ แก่นการ. (2562). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อชะลอโรคไตเรื้อรังในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 34(6), 552-558.
- รัตนา เสนาหนอก. (2566). ผลของโรงเรียนเบาหวานสามัคคีต่อพฤติกรรมกาจัดการตนเองความพึงพอใจในการรับบริการและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 38(2), 533-543.

- โรงพยาบาลมหาสารคาม. (2565). รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาสารคาม. โรงพยาบาลมหาสารคาม.
- ศุภวรรณ ยอดโปร่ง, และ ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2562). การพัฒนาโรงเรียนเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(2), 185-195.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565, 5 พฤษภาคม). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565. https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2023/06/CKD-guideline_draft
- อนุชา ไทยวงษ์, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, และ สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการไม่พึงประสงค์และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 35(3), 120-128.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

วรรณภา พรายมี, ส.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตอำเภอบ้านลาด หรือโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรีระหว่างเดือนตุลาคม - เดือนธันวาคม 2567 จำนวน 360 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นจากผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ด้านปัจจัยนำ ด้านปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป และจากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า เพศและอายุของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ในขณะที่สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($p < .001$) ในส่วนของปัจจัยสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยนำและปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนทางไต ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง จังหวัดเพชรบุรี

Corresponding E-mail: nan_love_nun@windowslive.com

(Received: December 10, 2024; Revised: February 17, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Factors associated with behavior to prevent kidney complications among uncontrolled hypertensive patients

Wanna Prymee, B.P.H.,*

Abstract

This research is a cross-sectional analytical study. The objectives are to study the level of behavior of preventing kidney complications and the factors related to the behavior of preventing kidney complications and to study hypertensive patients. The sample consists of 360 uncontrolled hypertensive patients who received treatment at sub-district health promotion hospitals and hospitals under the Ministry of Public Health in Phetchaburi Province, between October and December 2024. They were selected by purposive sampling according to the specified eligibility criteria. Data were collected using a questionnaire that was tested for reliability by a qualified person. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics and multiple regression analysis.

The research results found that the sample group had a high level of kidney complication prevention behavior in terms of predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and kidney complication prevention behavior of hypertensive patients, at 80 percent or more. From the analysis of factors related to kidney complication prevention behavior of hypertensive patients with uncontrolled blood pressure, it was found that gender and age of patients were not significantly related to kidney complication prevention behavior, while marital status had a statistically significant negative relationship ($p < .001$). Average monthly income had a positive relationship with kidney complication prevention behavior ($p < .001$). In terms of environmental support factors, it was found that enabling factors had a significant positive relationship ($p < .001$), indicating that support from family, community, and health care system helped strengthen patients' complication prevention behavior. However, predisposing factors and reinforcing factors were not significantly related.

Keywords: Behavior to prevent complications Kidney complications Uncontrolled hypertensive patients

*Tha Chang Subdistrict Health Promoting Hospital Phetchaburi

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก และเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่โรคแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และภาวะไตวายเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ซึ่งอาจนำไปสู่การต้องฟอกไต หรือปลูกถ่ายไตในระยะยาว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Kearney, 2005) ข้อมูลจากรายงานการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนมากยังคงไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาที่ไม่สม่ำเสมอ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และขาดการดูแลสุขภาพตัวเองอย่างเพียงพอ (WHO, 2019) และจากผลการศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทย Thai SEEK เป็นระยะเวลาการติดตามที่ประมาณ 8 ปี พบอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังร้อยละ 28 โดยส่วนใหญ่จะยังคงอยู่ในระยะที่ 1 และความผิดปกติของไตส่วนใหญ่ คือ การรั่วของโปรตีนอัลบูมิน สาเหตุหลักครึ่งหนึ่งของโรคไตเรื้อรังที่วินิจฉัยโดยอายุรแพทย์โรคไต เกิดจากความดันโลหิตสูง (อติพร อิงค์สาธิต, ชัยรัตน์ ฉายากุล, อำนาจ ชัยประเสริฐ, ประไพพิมพ์ ธีรคุปต์, ทวี ศิริวงศ์ และ พรเพ็ญ แสงถวัลย์, 2560)

ปี พ.ศ. 2564 - 2566 จังหวัดเพชรบุรี มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 64,539 ราย, จำนวน 63,217 ราย และจำนวน 64,220 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 26,451 ราย 25,895 ราย และ 26,661 ราย ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 25,636 ราย, จำนวน 31,261 ราย และ จำนวน 30,934 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10,543 ราย 12,805 ราย และ 12,842 ราย ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สำหรับอำเภอบ้านลาด พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 7,982 ราย, จำนวน 7,843 ราย และ จำนวน 7,970 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 28,632 ราย 28,475 ราย และ 28,889 ราย ต่อแสนประชากรตามลำดับ และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 3,333 ราย, จำนวน 3,644 ราย และจำนวน 3,334 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 11,955 ราย 13,230 ราย และ 12,084 ราย ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญและมีแนวโน้มที่ไม่คงที่ โดยจากผลการจัดทำโยงโยสาเหตุของปัญหา (Web of causation) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้เกิดจากพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค โดยมักเติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น น้ำปลา น้ำตาลทราย ซอสปรุงรส ในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว ชอบรับประทานอาหารแปรรูป ดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ อาหารรสชาติเค็ม รสชาติหวาน ของมันดอง แกงกะทิ ซึ่งเป็นอาหารไขมันสูง ครอบครัวยึดความรู้และความตระหนักถึงอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย วิถีชีวิตที่เร่งรีบ จึงมักกินอาหารสำเร็จรูป แกล้ม เป็นต้น (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง, 2566) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตจึงเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases, NCDs) และเป็นพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหาร การจำกัดปริมาณเกลือและไขมันในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอการจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเลิกบุหรี่ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำแนกออกเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และอาชีพ (วานิช สุขสถาน, 2561) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกัน (perceived benefits) การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว (self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) (Chen et al., 2021; Li et al., 2020) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในขณะที่การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม (Wang et al., 2019) นอกจากนี้ แนวคิดด้านแรงจูงใจในการป้องกัน (Protection Motivation Theory: PMT) ยังสนับสนุนว่าความกลัวต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไตเรื้อรัง หรือไตวายระยะสุดท้าย มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประสิทธิผลของมาตรการป้องกัน เช่น การควบคุมอาหาร ลดการบริโภคโซเดียม และการใช้ยาตามคำแนะนำของแพทย์ (Rogers, 1983; Zhang et al., 2022) อย่างไรก็ตาม พบว่ายังมีช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับ บทบาทของปัจจัยด้านจิตสังคม และสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันของผู้ป่วย เช่น ความเครียดเรื้อรัง (chronic stress) ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพ (health attitudes) และระบบสนับสนุนจากสถานพยาบาล (healthcare system support) ซึ่งยังมีการศึกษาน้อยและจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

จากประเด็นปัญหาที่กล่าวมา ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้มักเผชิญกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรังในระยะยาว ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เช่น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ มีบทบาทสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อทำความเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยบางกลุ่มไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม และหาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแล และให้คำแนะนำที่ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

สมมติฐานการวิจัย

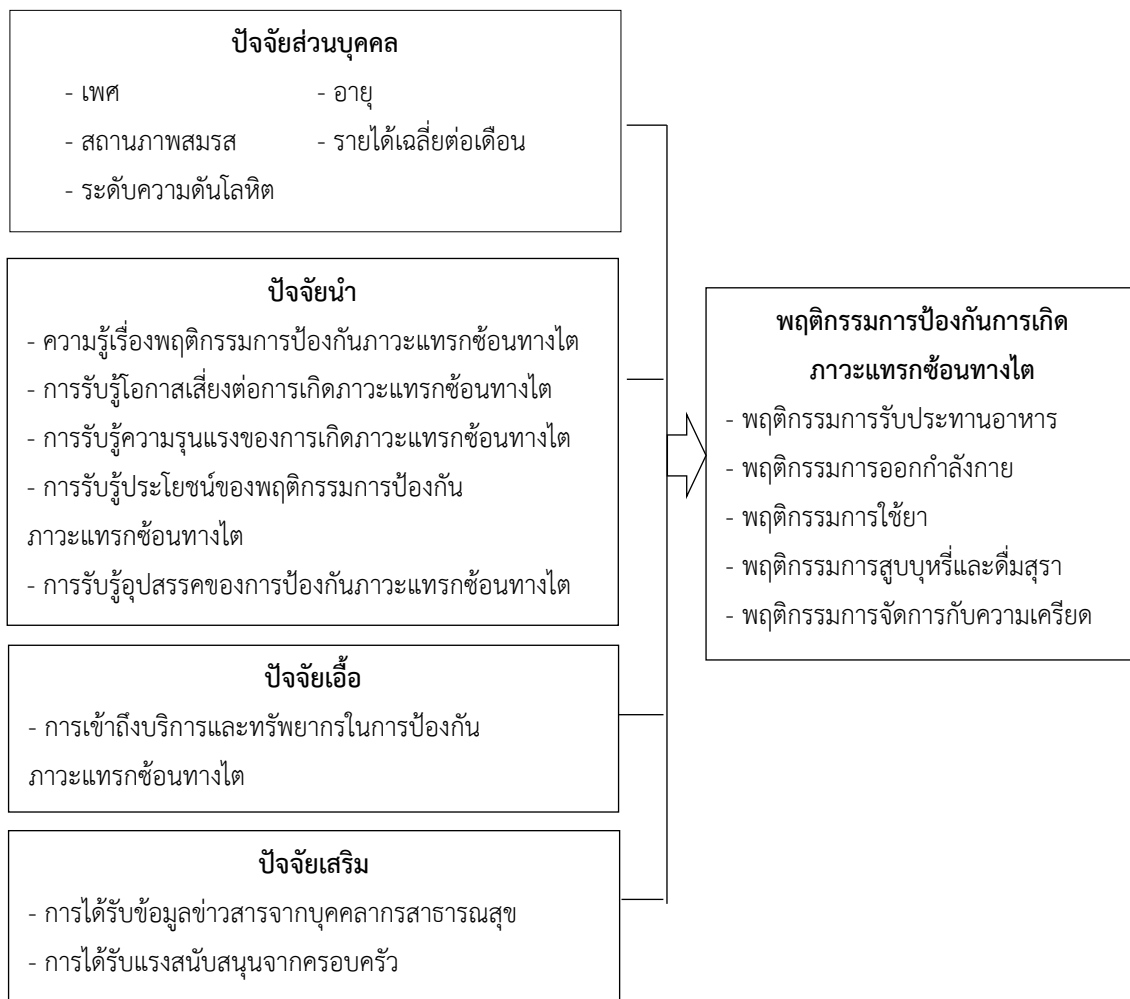
ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเชื้อ ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถออกแบบแนวทางในการพัฒนาสื่อการให้ความรู้ หรือโปรแกรมสนับสนุนที่ช่วยเพิ่มความตระหนัก ทักษะในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมได้
2. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไต และลดอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรัง รวมถึงสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของผู้ป่วยและระบบสาธารณสุขได้

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศเพื่อนำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิด โดยอ้างอิงแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker และ Maiman (1975) ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคและผลกระทบมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผสานกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัว (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1977) ที่เน้นความเชื่อมั่นในตนเองของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นอกจากนี้ ยังได้นำแนวคิดแรงจูงใจในการป้องกัน (Protection Motivation Theory: PMT) ของ Rogers (1983) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและประสิทธิผลของการป้องกันมีผลต่อแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และแนวคิด Precede Model ของ Green & Kreuter (1991) ที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลและสิ่งแวดล้อม ทั้งหมดนี้ถูกนำมาประยุกต์เพื่อสร้างกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมและเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) สถานที่ในการวิจัย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอบ้านลาด หรือโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี เก็บข้อมูลการวิจัย ระหว่างเดือนเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอบ้านลาดหรือโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ระหว่างเดือนมกราคม - ธันวาคม 2567 จำนวน 3,526 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอบ้านลาดหรือโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 360 คน ได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของทาโรยามาเน (Taro

Yamane, 1973 : 725) กำหนดให้ขนาดตัวอย่างมีค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้นเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และมีประวัติความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และ/ หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตอำเภอบ้านลาดหรือโรงพยาบาลบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี ในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2567

2. อายุ 35-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง

3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างน้อย 1 ปี

4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และสื่อสารด้วยภาษาไทย

5. ยินดีเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยและสามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

2. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงระหว่างการเข้าร่วมวิจัยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพาตหรือหมดสติ ภาวะไตวายเฉียบพลันที่ต้องฟอกไตฉุกเฉิน หรือภาวะวิกฤตอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระดับความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามด้านความรู้เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบ ถูก ผิด (True – false) จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และ ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล สูงสุด 15 คะแนน และต่ำสุด 0 คะแนน 2) แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 5 ข้อ 3) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 5 ข้อ 4) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 4 ข้อ และ 5) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดของ Likert (1967) (Likert scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย แบบสอบถามด้านการเข้าถึงบริการและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย เกณฑ์

การแปลผลระดับการเข้าถึงและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตพิจารณาจากคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนที่ได้	การแปลความหมาย
5 – 11 คะแนน	การเข้าถึงและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับต่ำ
12 – 18 คะแนน	การเข้าถึงและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับปานกลาง
19 – 25 คะแนน	การเข้าถึงและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ และ 2) แบบสอบถามด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ โดยใช้ข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นประจำ	ให้คะแนน 5 คะแนน
บ่อยครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน
บางครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข พิจารณาจากคะแนน โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) แปลผลเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนที่ได้	การแปลความหมาย
5 – 11 คะแนน	การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับน้อย
12 – 18 คะแนน	การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง
19 – 25 คะแนน	การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย จำนวน 15 ข้อ มีข้อคำถามทางบวกจำนวน 7 ข้อ (ข้อ 4 ข้อ 5 ข้อ 6 ข้อ 9 ข้อ 13 ข้อ 14 และข้อ 15) และทางลบ จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 3 ข้อ 7 ข้อ 8 ข้อ 10 ข้อ 11 และข้อ 12) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน 5 คะแนน	ให้คะแนน 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน	ให้คะแนน 4 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน	ให้คะแนน 5 คะแนน

การแปลผลคะแนน จำแนกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบส (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนที่ได้	การแปลความหมาย
15 – 34 คะแนน	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อยู่ในระดับน้อย
35 – 54 คะแนน	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อยู่ในระดับปานกลาง
55 – 75 คะแนน	พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อยู่ในระดับมาก

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 คน และผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพด้านโรคเรื้อรัง 2 คน เป็นผู้ตรวจสอบเมื่อหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) และนำมาคำนวณค่า I-CVI ได้ค่าดัชนีค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.67-1.00

2. หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยหาความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละข้อความหรือข้อความคำถามของแบบวัด มีค่าระหว่าง 0 ถึง 1 แบบวัดที่ดีควรมีแอลฟาเท่ากับ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) แล้วจึงนำแบบสอบถามนี้ไปเก็บข้อมูลจริง ปรากฏว่ามีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเอื้อ เท่ากับ 0.87 แบบสอบถามข้อมูลทางด้านปัจจัยเสริม เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวม

1. นำโครงร่างวิจัยเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

2. เมื่อได้รับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ชี้แจงให้บุคลากรในพื้นที่ที่ต้องการทำวิจัย ทราบรายละเอียดการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมด้วยความสมัครใจ ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเก็บข้อมูลเป็นความลับ สิทธิในการตอบและปฏิเสธในการตอบแบบสอบถาม ของผู้ถูกวิจัยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยร่วมกับใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยอธิบายคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดและชัดเจน

4. จัดให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง วันละประมาณ 10 ราย นั่งในห้องที่จัดเตรียมไว้เฉพาะ บริเวณใกล้ห้องตรวจ ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่กำหนดไว้ แล้วให้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นจึงนำมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และ พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี รหัสหมายเลขโครงการ : PBEC No. 38/2567 เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2567

ผลการวิจัย

ด้านข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 236 คน คิดเป็นร้อยละ 65.56 ส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 53.61 มีสถานภาพสมรส จำนวน 303 คน คิดเป็นร้อยละ 84.17 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท จำนวน 248 คน คิดเป็นร้อยละ 68.89 และระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 150/90 มิลลิเมตรปรอท

ด้านข้อมูลปัจจัยนำเข้า พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยนำเข้ามากที่สุด คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก จำนวน 250 คน คิดเป็นร้อยละ 69.44 รองลงมา คือด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก จำนวน 230 คน คิดเป็นร้อยละ 63.89 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 58.61 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก จำนวน 195 คน คิดเป็นร้อยละ 54.17 และด้านความรู้เรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยนำ (n=360)

ข้อมูลปัจจัยนำ	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้เรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	189(52.50)	119(33.06)	52(14.44)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	250(69.44)	82(22.78)	28(7.78)
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	211(58.61)	76(21.11)	73(20.28)
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	230(63.89)	111(30.83)	19(5.28)
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	195(54.17)	146(40.56)	19(5.28)

ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 61.67 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79.99 จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 30.56 และระดับน้อย น้อยกว่า 60 จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.78 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเอื้อ (n=360)

ด้านปัจจัยเอื้อ	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การเข้าถึงแหล่งบริการและทรัพยากรในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต	222(61.67)	110(30.56)	28(7.78)

ด้านปัจจัยเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80 ขึ้นไป จำนวน 322 คน คิดเป็นร้อยละ 89.44 และการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 278 คน คิดเป็นร้อยละ 77.22 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของระดับปัจจัยเสริม (n=360)

ด้านปัจจัยเสริม	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลากรสาธารณสุข	322(89.44)	32(8.89)	6(1.67)
ด้านการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว	278(77.22)	71(19.72)	11(3.06)

ด้านพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากที่สุด คือ ด้านพฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 73.89 รองลงมา คือ ด้านพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 237 คน คิดเป็นร้อยละ 65.83 ด้านพฤติกรรมด้านการใช้ยา จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 56.11 ด้านพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย จำนวน 202 คน คิดเป็นร้อยละ 56.11 และพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 55.28 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์จำนวนและร้อยละของระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n=360)

พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	ระดับมาก	ระดับปานกลาง	ระดับน้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร	237(65.83)	118(32.78)	5(1.39)
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	202(56.11)	148(41.11)	10(2.78)
พฤติกรรมด้านการใช้ยา	222(61.67)	116(32.22)	22(6.11)
พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุรา	199(55.28)	147(40.83)	14(3.89)
พฤติกรรมด้านการจัดการกับความเครียด	266(73.89)	73(20.28)	21(5.83)

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า เพศ และอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($r = .003, p = .955$) และ ($r = -0.033, p = .542$) ตามลำดับ สำหรับสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับนัยสำคัญ ($r = -0.219^{**}, p < .001$) และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .149^{**}, p < .001$) ปัจจัยนำไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($r = .027, p = .616$) ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ หมายความว่า ปัจจัยสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($r = .281^{**}, p < .001$) และ ปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .087, p = .110$) ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
เพศ	$r = .003$	.955
อายุ	$r = -.033$	.542
สถานภาพสมรส	$r = -.219^{**}$	.000
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	$r = .149^{**}$	.000
ปัจจัยนำ	$r = .027$	.616
ปัจจัยเอื้อ	$r = .281^{**}$	.000
ปัจจัยเสริม	$r = .087$	.110

$p\text{-value} < .000$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ ดังนี้

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการจัดการกับความเครียด ร้อยละ 73.89 รองลงมาคือ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ร้อยละ 65.83 และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ร้อยละ 61.67 อย่างไรก็ตามยังมีพฤติกรรมบางด้าน เช่น การออกกำลังกาย ร้อยละ 56.11 และการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ร้อยละ 55.28 ที่ยังมีสัดส่วนผู้ป่วยที่ปฏิบัติในระดับปานกลางถึงน้อยอยู่ ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่า การจัดการกับความเครียดเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกายหรือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยอาจใช้วิธีการผ่อนคลายหรือกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียด เช่น การทำสมาธิหรือพูดคุยกับครอบครัว ซึ่งสามารถทำได้โดยไม่ต้องมีทรัพยากรเพิ่มเติมมากนัก ในขณะที่การรับประทานอาหารและการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาทางการแพทย์โดยตรง ทำให้ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมเหล่านี้มากกว่า พฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการลดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Brown et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับโภชนาการและการใช้ยามักมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำในระดับสูง เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ง่ายผ่านการติดตามผลของแพทย์และพยาบาล นอกจากนี้งานวิจัยของ Taylor & Johnson (2019) ระบุว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูงและโรคไต มักอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง เนื่องจากอุปสรรคด้านสุขภาพและแรงจูงใจที่ไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wang et al. (2021) พบว่า ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและความพร้อมของทรัพยากรด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไต ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอาจมีแนวโน้มที่จะควบคุมอาหารและใช้ยาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น ในขณะที่ผู้ที่ขาดการสนับสนุนอาจเผชิญกับความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ถึงอันตรายของภาวะแทรกซ้อนทางไตมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด HBM ของ Becker และ Maiman (1975) ที่อธิบายว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลกระทบต่อสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมด้านการใช้ยาและการจัดการกับความเครียดที่พบในระดับสูงสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ในการจัดการโรค มักปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในทางกลับกันพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ยังอยู่ในระดับปานกลางอาจเกิดจากความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ หรือข้อจำกัดทางกายภาพที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างเต็มที่ และแนวคิด PMT ของ Rogers (1983) อธิบายว่าความกลัวต่อผลกระทบของโรคเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีรายได้สูงและได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตดีกว่ากลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจจากปัจจัยภายนอก เช่น การสนับสนุนทางสังคม และความพร้อมของทรัพยากรส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ พบว่า เพศของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ($r = .003, p = .955$) ซึ่งบ่งชี้ว่าความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของไต นอกจากนี้ อายุของผู้ป่วยก็ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวเช่นกัน ($r = -0.033, p = .542$) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านอายุไม่ได้เป็นตัวกำหนดแนวโน้มในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไตแทรกซ้อน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรส พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.219, p < .001$) ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสบางประเภทอาจให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีคู่สมรส หรืออาจได้รับผลกระทบจากภาระทางครอบครัวที่ส่งผลให้การดูแลสุขภาพของตนเองลดลง นอกจากนี้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .149, p < .001$) ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งอาจเป็นเพราะการมีทรัพยากรทางการเงินที่เพียงพอทำให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและปัจจัยสนับสนุนอื่น ๆ ได้มากขึ้น

ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบสนับสนุนและสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยเอื้อเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .281, p < .001$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน หรือระบบบริการสุขภาพที่ดี ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของไต ในขณะที่ปัจจัยนำ ($r = .027, p = .616$) และปัจจัยเสริม ($r = .087, p = .110$) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งอาจหมายความว่าแรงจูงใจภายในของผู้ป่วยหรือแรงสนับสนุนเสริมจากปัจจัยภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุข หรือแรงสนับสนุนจากครอบครัวอาจไม่ได้มีอิทธิพลมากพอที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ได้แก่ สถานภาพสมรส (มีความสัมพันธ์เชิงลบ), รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และปัจจัยเอื้อ (มีความสัมพันธ์เชิงบวก) ในขณะที่ปัจจัยอื่นๆ เช่น เพศ อายุ ปัจจัยนำ และปัจจัยเสริม ไม่พบว่ามี

ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมดังกล่าว ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบโปรแกรมสนับสนุนผู้ป่วย โดยเน้นไปที่การเพิ่มปัจจัยเอื้อและการพัฒนากลยุทธ์ที่ช่วยลดอุปสรรคที่เกิดจากสถานภาพสมรสและข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตในระยะยาวจากผลการวิจัยข้างต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Smith et al. (2020) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และพบว่าปัจจัยด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจและการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ งานวิจัยของ Jones & Taylor (2019) ยังระบุว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงและได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างมักมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวทางการดูแลสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคม นอกจากนี้ งานวิจัยของ Wang et al. (2021) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และพบว่าปัจจัยเอื้อ เช่น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ดี และความรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเอื้อมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการควบคุมความดันโลหิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยเน้นการจัดทำโปรแกรมที่ออกแบบเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น การอบรมกลุ่มย่อย การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และการสื่อสารผ่านช่องทางที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพหรือสื่อสังคมออนไลน์

2. ควรมีการส่งเสริมการติดตามผลและสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยจัดให้มีระบบการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เช่น การตรวจวัดความดันโลหิตในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือการใช้เทคโนโลยีในการส่งข้อมูลสุขภาพไปยังบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำ และการปรับแผนการดูแลอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น การตรวจหาค่าการทำงานของไตหรือการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

3. ควรสนับสนุนด้านการพัฒนาทีมบุคลากรและการวิจัยต่อยอด เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ ให้ความรู้และทักษะที่ทันสมัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรมการดูแล เช่น การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลเฉพาะกลุ่ม และการสร้างแบบจำลองการจัดการโรคในระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. หากมีการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต เพื่อส่งเสริมการให้ความรู้ การติดตามผล และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงจิตวิทยาและสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อวิเคราะห์ผลของปัจจัยด้านความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

3. ควรมีการศึกษาผลของการใช้เทคโนโลยีสุขภาพในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง เพื่อพัฒนาความสามารถของแอปพลิเคชันสุขภาพหรือระบบเตือนแบบดิจิทัลในการช่วยผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาแนะนำ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ส่งผลให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง. (2566). *สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2564-2566*. เพชรบุรี : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าช้าง.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567, 6 ตุลาคม). การใช้บริการสาธารณสุข. HDC. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- วานิช สุขสถาน. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงภายใต้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(3), 431-441.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2565). *รายงานประจำปีเกี่ยวกับสถานการณ์สุขภาพของประชากรเพชรบุรี พ.ศ. 2563-2564*. <https://www.phetchaburihealth.go.th>
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านลาด. (2566). *รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านลาด ประจำปีงบประมาณ 2564-2566*. <https://www.banladhealth.go.th>
- อดิพร อิงค์สาธิต และคณะ. (2567, 6 ตุลาคม). *การศึกษาการดำเนินโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกของโรคไตเรื้อรังในประชากร Thai SEEK Progression and outcomes of CKD in Thai SEEK Population*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4768/hs2353.pdf>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://educational-innovation.sydney.edu.au/news/pdfs/Bandura%201977.pdf>
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24. <https://www.jstor.org/stable/3763271>
- Best, J.W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Brown, K., Smith, L., & Garcia, P. (2020). Medication adherence and dietary management in hypertensive patients: The role of health care guidance. *Journal of Hypertension Care*, 28(3), 112-124.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Academic Press.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing* (5th ed.). New York: Harper Collins.

- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Jones, L., & Taylor, M. (2019). Socio-economic factors and adherence to chronic disease management guidelines. *Journal of Public Health Research*, 45(3), 201-215.
- Kadirvelu, A., Sadasivan, S., & Hui Ng, S. (2012). Social support in type II diabetes care: A case of too little, too late. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 5, 407-417. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S37183>
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *The Lancet*, 365(9455), 217-223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1)
- Likert, R. (1967). *The Method of constructing and attitude scale. Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley & Son.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in nursing practice* (6th ed.). NJ: Pearson Education LTD.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. *Social Psychophysiology*, 153-176. <https://www.researchgate.net/publication/229068371>
- Rosenstock, M., Strecher, J., & Becker, H. (1988). Social leaning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2). 175-183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>.
- Smith, A., Brown, K., & Johnson, P. (2020). Family support and financial stability as determinants of health behaviors in chronic disease patients. *Health Psychology Review*, 38(2), 150-167.
- Taylor, M., & Johnson, R. (2019). Barriers to physical activity among patients with chronic hypertension and kidney disease. *Chronic Disease Prevention Journal*, 45(2), 205-218.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-81. <https://doi.org/10.1097/00006199-198703000-00002>
- Wang, R., Lee, H., & Kim, J. (2021). Healthcare accessibility and preventive behaviors in patients with chronic kidney disease. *International Journal of Nephrology*, 55(4), 320-333.
- World Health Organization (WHO). (2019). *Hypertension prevalence and control rates*. Global Health Observatory. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

ภาวะสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา การศึกษามัธยมศึกษา เขต30 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

เมวดี ศรีมงคล, พย.ม* และพัชรินทร์ บุญเสริม, พย.ม*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlation study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ภาวะสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาเขต 30 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 278 ราย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามภาวะ สุขภาพจิตทั่วไปฉบับย่อ มีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression)

จากผลการศึกษา พบว่า 1) ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ จำนวน 172 คน (ร้อยละ 61.87) และมีปัญหา สุขภาพจิต จำนวน 106 คน (ร้อยละ 38.13) พบว่า ข้อที่มีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติหรือมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ได้แก่ รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา จำนวน 103 คน (ร้อยละ 37.05) 2) ปัจจัยด้านเพศ เพศหญิงมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่าเพศชาย เป็น 1.672 เท่า (Crude OR=1.672, 95% CI=1.024-2.733) นักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ย 2.00-2.50 มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.51-4.00 เป็น 4.478 เท่า (Crude OR=4.478, 95% CI=1.171-17.133)

คำสำคัญ: ภาวะสุขภาพจิต ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน นักเรียน

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

Corresponding E-mail: bpatta6624@cpru.ac.th

(Received: October 5, 2024; Revised: February 24, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Mental Health Status and Academic Achievement of Lower Secondary School Student (Grades 7-9) District thirty in Mueang, Chaiyaphum Province.

Maywadee Srimongkon, M.N.S.* , Pattarin Boonserm, M.N.S.*

Abstract

This study is a quantitative research designed as a correlation study to examine the relationship between mental health status and academic achievement among Grade 7–9 students in the Secondary Educational Service Area Office 30, Mueang District, Chaiyaphum Province. The sample consisted of 278 students, selected using a multistage random sampling method. Data were collected using two questionnaires: a general information questionnaire and a short version of the General Health Questionnaire (GHQ), which had an internal consistency (Cronbach's alpha coefficient) of 0.84. The data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and Binary Logistic Regression.

The study results indicate that gender is a significant factor in mental health issues. Female students were 1.672 times more likely to experience mental health problems than male students (Crude OR = 1.672, 95% CI = 1.024–2.733), with statistical significance at the 0.05 level. Regarding age, no significant association was found between age and mental health problems. Similarly, grade level was not significantly related to mental health issues. For academic achievement, students with a GPA of 2.00–2.50 were 4.478 times more likely to experience mental health problems compared to those with a GPA of 3.51–4.00 (Crude OR = 4.478, 95% CI = 1.171–17.133), with statistical significance at the 0.05 level. However, students with a GPA of 2.51–3.00 and 3.01–3.50 showed no significant association with mental health issues.

Keyword: Mental health Academic Achievement Student

* Faculty of Nursing Chaiyaphum Rajabhat University

บทนำ

วัยรุ่น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) ซึ่งเป็นวัยกำลังระหว่างการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ ก็เป็นช่วงเวลาสำคัญที่คน ๆ หนึ่งจะพัฒนาทักษะความสามารถ พร้อมกับค้นหาตัวตนและพื้นที่ในสังคมให้กับตัวเอง รวมถึงการเรียนรู้ผ่านการลองผิด-ลองถูกและลองเปลี่ยน ทั้งความคิด การกระทำ และรสนิยม เพื่อ “ตั้งหลัก” ให้กับตัวเอง หากวัยรุ่นไม่สามารถเรียนรู้ ทำความเข้าใจ หรือปรับตัว ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาลงมือได้สำเร็จ อาจทำให้พวกเขาารู้สึก “เสียหลัก” สูญเสียความมั่นใจในตนเอง กลายเป็นคนที่ไม่มีความสุข เครียด วิตกกังวล และหากปล่อยภูมิจนด้านลบนี้ไว้โดยไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม ก็อาจทวีความรุนแรงจนนำไปสู่ปัญหาด้านสุขภาพจิต อาทิ โรคเครียด โรคซึมเศร้า หรือถึงขั้นจบชีวิตตัวเอง (ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว, 2565) ระบุว่าปัญหาสุขภาพจิตในสังคมไทยยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากสภาพปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบให้แต่ละกลุ่มวัยต้องเผชิญกับปัญหาทางจิตใจที่แตกต่างกัน ก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อตนเองและบุคคลในสังคมรอบข้าง และอาจนำไปสู่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการยกระดับประสิทธิภาพในการแก้ไขอย่างจริงจังและต่อเนื่องจากทุกภาคส่วน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) ระบุว่า 1 ใน 8 ของคนทั่วโลกมีปัญหาสุขภาพจิต หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 970 ล้านคนทั่วโลก กรมสุขภาพจิต ระบุว่า อัตราป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นไทย (อายุ 10-19 ปี) สูงถึง 18% คิดเป็นจำนวนประมาณ 1 ล้านคน โดยปัญหาอันดับต้นๆ ที่ทำให้วัยรุ่นแบกรับความเครียด กดดัน วิตกกังวล จนถึงป่วยเป็นโรคซึมเศร้านั้น เกี่ยวข้องกับปัญหาการเรียน ปัญหาครอบครัวและความรัก ปัญหาจิตเภท ซึ่งปัญหาทั้งหมดมีผลกระทบต่อดวงใจและคุณค่าที่วัยรุ่นให้ตัวเองทั้งสิ้น (กรมสุขภาพจิต, 2566)

สถานการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตของไทยมีความรุนแรงกว่ายอดจำนวนผู้ป่วยที่เห็นมาก ซึ่งหากพิจารณาตามช่วงวัยซึ่งมีสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน พบสาเหตุของปัญหาในแต่ละช่วงวัยที่น่าสนใจ ดังนี้ วัยเด็กและเยาวชน มีปัญหาสุขภาพจิตที่น่ากังวลหลายเรื่อง โดยเฉพาะความเครียด ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กและเยาวชนเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาการกลั่นแกล้ง (Bully) ในโรงเรียน และปัญหา ยาเสพติด (World Health Organization, 2002) ปัญหาสำคัญที่ระยะหลังมีแนวโน้มขยายตัวขึ้นมาก คือ ปัญหาความเครียด (สสส, 2564) จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) (กรมสุขภาพจิต, 2566) พบว่า เยาวชนร้อยละ 18.0 มีความเครียดสูง เสี่ยงตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 26.0 และเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.5 และในส่วนของผลการประเมิน 3 เดือนแรกของปี 2567 พบว่า เยาวชนร้อยละ 26.8 และ 18.3 กำลังอยู่ในภาวะหมดไฟในการเรียนรู้และมีความเครียดสูงตามลำดับ สาเหตุของความเครียดของเยาวชนจากผลสำรวจเยาวชน (ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว, 2565) พบว่า การเรียนและความคาดหวังด้านการทำงานในอนาคต และสถานะทางการเงินของครอบครัวเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กไทยเกิดความเครียดสูงโดยกลุ่มอายุ 15 – 18 ปี และ 19 – 22 ปี มีความเครียด ด้านการเรียนและความคาดหวังถึงงานในอนาคตมากที่สุดที่ร้อยละ 38.4 และร้อยละ 60.9 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มอายุ 23 – 25 ปี พบว่า ด้านการเงินของครอบครัว เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดมากที่สุดที่ร้อยละ 67.1

รองลงมา คือ การเรียนและการทำงาน ร้อยละ 66.1 ซึ่งแตกต่างกันไม่มากนัก ขณะเดียวกัน การกลั่นแกล้ง (Bully) ยังเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้เด็กและเยาวชนเกิดภาวะซึมเศร้า (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566) พบว่า เด็กและเยาวชนไทย เคยถูกกลั่นแกล้งร้อยละ 44.33 และส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในโรงเรียนมากถึงร้อยละ 86.9 ซึ่งเป็นการกระทำความรุนแรงรูปแบบหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อาทิ เกิดความเครียด ความรู้สึกอับอาย และมีความมั่นใจในตนเองต่ำลง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่อาจเป็นอุปสรรคต่อเป้าหมายชีวิต จนถึงป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและความพยายามฆ่าตัวตายในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยด้านความเครียดและปัญหาทางด้านอารมณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการเรียน (คินิตา นิจจรัลกุล, 2550; ฉันทนา แรงสิงห์, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lama, M. Al-Qaisy (2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในกลุ่มนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในมหาวิทยาลัย Tafila Technical ในประเทศจอร์แดน จำนวน 200 คน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์เชิงลบกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โดยจะศึกษาในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1-3 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 30 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการปรับตัวตามวัย การเรียนและการใช้ชีวิต การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปมีผลต่อสุขภาพจิต ทำให้เกิดความเครียด เปื้อน่ายจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า นักเรียนที่มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีจะมีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการเล่าเรียนซึ่งจะมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (จิณท์จุฑา ชัยเสนา ตาลาสและคณะ, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเครียด ปัญหาทางด้านอารมณ์ และภาวะซึมเศร้า จนทำให้สัมพันธ์ภาพกับคนรอบข้างลดลงเกิดการแยกตัว ออกจากสังคมอาจรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ (ทัศนาศ ทวีคุณ และคณะ, 2555) การวิจัยครั้งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นประโยชน์ ใช้เป็นแนวทางพัฒนา โปรแกรมหรือจัดกิจกรรม ส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตเพื่อส่งผลให้วัยรุ่นตอนต้นมีสุขภาพจิตที่ดีและเหมาะสมต่อไป ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อโรงเรียน ในการใช้เป็นแนวทางป้องกันปัญหาดังกล่าว ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3

ระเบียบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเพื่อหาความสัมพันธ์ (correlation study) ของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 30 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1-3 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 30 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 4,710 คน (ระบบบริการข้อมูลภาครัฐ Big DATA - สพม.ชัยภูมิ, 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1-3 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนในกรณี ที่ทราบประชากร (estimating a finite population proportion) ของ Wayne (1995) โดยกำหนดค่าสัดส่วน เท่ากับ 0.24 (อิงกฎ โคตรนารา และคณะ, 2558) ค่าความคลาดเคลื่อน (d) เท่ากับ 0.05 และค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 265 คน เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 5 รวมกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 278 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีดังนี้

- 1) เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1-3 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
- 2) ไม่เป็นโรคทางจิตเวชหรืออยู่ในระหว่างการรับประทานยารักษาโรคทางจิตเวช
- 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารเข้าใจได้
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

- 1) ไม่เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1-3 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 30 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ
- 2) เป็นโรคทางจิตเวชหรืออยู่ในระหว่างการรับประทานยารักษาโรคทางจิตเวช
- 3) ไม่สามารถอ่านออกไม่สามารถเขียนได้ สื่อสารไม่เข้าใจ
- 4) ไม่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ หมายเลขสำคัญโครงการ HE 67-1-016 ซึ่งได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire) แบ่งเป็น 2 ส่วน โดยมีฉบับดังนี้

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องเลือกใช้แบบสอบถาม ทั้งหมดแบ่ง ออกเป็น 2 ส่วนคือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ ข้อมูล ของนักเรียนประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่ ศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ย

2. แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตทั่วไปฉบับย่อ (General Health Questionnaire, GHQ 12) ของกรมสุขภาพจิต (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ตัวเลือก โดยตัวเลือกที่ 1 และ 2 มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน ส่วนตัวเลือกที่ 3 และ 4 มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน (GHQ score: 0-0-1-1) มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-12 คะแนน การแปลผล คือ สุขภาพจิตปกติ (0-1 คะแนน) และมีปัญหาสุขภาพจิต (2-12 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) การศึกษาครั้งนี้จะใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตทั่วไปฉบับย่อ (General Health Questionnaire [GHQ 12]) (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2539) โดยไม่ได้ดัดแปลงใดๆ ทั้งสิ้นดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ทำการตรวจสอบความตรงเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยมีค่าความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัยตลอดจนปกป้องสิทธิ คุณค่า และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมงานวิจัยอย่างเท่าเทียมกันดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างวิจัย และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
2. ผู้วิจัยจะนำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิไปเสนอต่อผู้อำนวยการโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานขอรายชื่อ โดยให้ครูประจำชั้นกำหนดเป็นรหัสแทนชื่อ โดยผู้วิจัยจะไม่ทราบชื่อกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย
3. ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 30 อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ พร้อมสร้างสัมพันธภาพรายบุคคลกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสอบถามการวิจัยโดยบอกวัตถุประสงค์ในการวิจัย การตอบแบบสอบถามการวิจัย และประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ผู้วิจัยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการให้ข้อมูลในแบบประเมินสุขภาพจิตโดยการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีใครถูกตีตรา stigmatize หรือ stereotype ในกลุ่มตัวอย่างว่าเป็นกลุ่มที่มีสุขภาพจิตไม่ดีหรือมีอาการทางจิต ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม นำเสนอในเชิงวิชาการโดยไม่เปิดเผยชื่อ หรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่ผู้ให้ข้อมูลได้ พร้อมทั้งแนบใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยไปกับแบบสอบถามการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง
4. ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยขอความยินยอมจากผู้ปกครอง และให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่างได้เลือกช่วงเวลาเองในการตอบ แบบประเมิน โดยจะไม่รบกวนเวลา

เรียนและเวลาพักของนักเรียน และเมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาแล้วผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามไว้เป็นความลับ

5. ผู้วิจัยจะนำไปวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่ไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงตัวบุคคลได้ หลังจากผู้วิจัยพบข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต จะแจ้งข้อมูลไปยังครูประจำชั้นโดยแจ้งเป็นรหัสตามที่ครูประจำชั้นกำหนดมาให้ และจะส่งข้อมูลเด็กที่พบปัญหาสุขภาพจิตเพื่อให้ครูประจำชั้นและผู้ปกครอง เข้าใจแนวทางในการดูแลและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง เมื่อผู้วิจัยคืนข้อมูลในภาพรวมให้สถานศึกษาเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยทำลายข้อมูลเอกสารทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพจิต ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ชั้นปี และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) และสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) แบบ univariate model ด้วยเทคนิค enter นำเสนอด้วยค่า crude OR และ 95% Confidence Interval กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 146 คน (ร้อยละ 70.50) มีอายุอยู่ระหว่าง 13-14 จำนวน 204 คน (ร้อยละ 73.38) รองลงมาได้แก่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 48 คน (ร้อยละ 17.27) และ น้อยกว่า 13 ปี จำนวน 26 คน (ร้อยละ 9.35) ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 13.57 ปี (S.D.=0.88) อายุน้อยที่สุด 12 ปี อายุมากที่สุด 16 ปี ด้านระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 99 คน (ร้อยละ 35.61) รองลงมาได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 95 คน (ร้อยละ 34.17) และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 84 คน (ร้อยละ 30.22) ตามลำดับ ส่วนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (ผลการเรียนเฉลี่ย) พบว่า ส่วนใหญ่มีผลการเรียนเฉลี่ยระหว่าง 3.51-4.00 จำนวน 172 คน (ร้อยละ 61.87) รองลงมาได้แก่ ผลการเรียนเฉลี่ย 3.01-3.50 จำนวน 61 คน (ร้อยละ 21.94) และผลการเรียนเฉลี่ย 2.51-3.00 จำนวน 33 คน (ร้อยละ 11.87) ตามลำดับ ส่วนผลการเรียนเฉลี่ยที่พบน้อยที่สุด ได้แก่ ผลการเรียนเฉลี่ย 2.00-2.50 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 4.32) โดยมีค่าเฉลี่ยผลการเรียน เท่ากับ 3.57 (S.D.=0.45) ผลการเรียนที่น้อยที่สุด เท่ากับ 2.31 และผลการเรียนมากที่สุด เท่ากับ 4.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n=278)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	132	47.48
หญิง	146	52.52
อายุ		
12- 13 ปี	26	9.35
13-14 ปี	204	73.38
15- 16 ปี	48	17.27
(M=13.57, SD=0.88)		
ระดับชั้น		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	84	30.22
มัธยมศึกษาปีที่ 2	95	34.17
มัธยมศึกษาปีที่ 3	99	35.61
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน		
ผลการเรียนเฉลี่ย 2.00-2.50	12	4.32
ผลการเรียนเฉลี่ย 2.51-3.00	33	11.87
ผลการเรียนเฉลี่ย 3.01-3.50	61	21.94
ผลการเรียนเฉลี่ย 3.51-4.00	172	61.87
(M=3.57, SD=0.45, Min=2.31, Max=4.00)		

2. ภาวะสุขภาพจิต

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 30 จังหวัดชัยภูมิ โดยรวมพบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ จำนวน 172 คน (ร้อยละ 61.87) และมีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 106 คน (ร้อยละ 38.13) เมื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติหรือมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ได้แก่ รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา จำนวน 103 คน (ร้อยละ 37.05) รองลงมาได้แก่ รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป จำนวน 89 คน (ร้อยละ 32.01) และ นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ จำนวน 67 คน (ร้อยละ 24.10) ตามลำดับ ส่วนข้อน้อยที่สุดได้แก่ รู้สึกมีความสุขดีตามสมควร เมื่อดูโดยรวม ๆ จำนวน 33 คน (ร้อยละ 11.87) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 (n=278)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (0-1 คะแนน)	172	61.87
มีปัญหาสุขภาพจิต (2-12 คะแนน)	106	38.13
(Mean=2.54, S.D.=3.10, Min=0, Max=10)		

เมื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติ หรือมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ได้แก่ รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา จำนวน 103 คน (ร้อยละ 37.05) รองลงมาได้แก่ รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป จำนวน 89 คน (ร้อยละ 32.01) และนอนไม่หลับเพราะกังวลใจ จำนวน 67 คน (ร้อยละ 24.10) ตามลำดับ ส่วนข้อน้อยที่สุดได้แก่ รู้สึกมีความสุขดีตามสมควร เมื่อดูโดยรวม ๆ จำนวน 33 คน (ร้อยละ 11.87) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 (n=278)

ภาวะสุขภาพจิต	ปกติ	มีปัญหาสุขภาพจิต
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้	238 (85.61)	40 (14.39)
2. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	211 (75.90)	67 (24.10)
3. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่าง ๆ	237 (85.25)	41 (14.75)
4. รู้สึกว่าสามารถตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้	225 (80.94)	53 (19.06)
5. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา	175 (62.95)	103 (37.05)
6. รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่าง ๆ ได้	212 (76.26)	66 (23.74)
7. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้	238 (85.61)	40 (14.39)
8. สามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่าง ๆ ของตัวเองได้	228 (82.01)	50 (17.99)
9. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	212 (76.26)	66 (23.74)
10. รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป	189 (67.99)	89 (32.01)
11. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	221 (79.50)	57 (20.5)
12. รู้สึกมีความสุขดีตามสมควร เมื่อดูโดยรวม ๆ	245 (88.13)	33 (11.87)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ชั้นปี และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3

3.1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน ด้วย Bivariate analysis

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน ด้วย Bivariate analysis โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ผลการศึกษา พบว่า เพศ ($\chi^2 = 4.244$, $p\text{-value} = 0.048$) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ($\chi^2 = 10.639$, $p\text{-value} = 0.013$) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ ($\chi^2 = 2.042$, $p\text{-value} = 0.346$) และระดับชั้น ($\chi^2 = 1.177$, $p\text{-value} = 0.575$) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของเพศ อายุ ชั้นปีและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับภาวะสุขภาพจิต (Bivariate analysis)
(n=278)

ตัวแปรที่ศึกษา	ภาวะสุขภาพจิต				ค่าสถิติ χ^2	p-value
	ปกติ		มีปัญหาสุขภาพจิต			
	(n=172)		(n=106)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					4.244*	0.048
ชาย	90	52.33	42	39.62		
หญิง	82	47.67	64	60.38		
อายุ					2.042	0.346
น้อยกว่า 13 ปี	15	8.72	11	10.38		
13-14 ปี	123	71.51	81	76.42		
15 ปีขึ้นไป	34	19.77	14	13.21		
ระดับชั้น					1.177	0.575
มัธยมศึกษาปีที่ 1	56	32.56	28	26.42		
มัธยมศึกษาปีที่ 2	57	33.14	38	35.84		
มัธยมศึกษาปีที่ 3	59	34.30	40	37.74		
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน					10.639*	0.013
ผลการเรียนเฉลี่ย 2.00-2.50	3	1.74	9	8.49		
ผลการเรียนเฉลี่ย 2.51-3.00	25	14.53	8	7.55		
ผลการเรียนเฉลี่ย 3.01-3.50	41	23.84	20	18.87		
ผลการเรียนเฉลี่ย 3.51-4.00	103	59.88	69	65.09		

*p-value<0.05, **p-value<0.01

3.2 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน Univariate analysis

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary Logistic Regression) แบบ univariate model ด้วยเทคนิค enter พบว่า

- 1) ปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศหญิง มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่าเพศชาย เป็น 1.672 เท่า (Crude OR=1.672, 95% CI=1.024-2.733) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05
- 2) ปัจจัยด้านอายุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
- 3) ปัจจัยด้านระดับชั้น พบว่า ระดับชั้นปี ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
- 4) ปัจจัยด้านผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน พบว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ย 2.00-2.50 มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.51-4.00 เป็น 4.478 เท่า (Crude OR=4.478,

95% CI=1.171-17.133) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนนักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ย 2.51-3.00 และ 3.01-3.50 ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ชั้นปี และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน
(Univariate Analysis) (n=278)

ตัวแปรที่ศึกษา	Crude OR	95% CI	p-value
เพศ			
หญิง	1.672	1.024-2.733	0.040*
ชาย (ref.)	1.00		
อายุ (ปี)			
น้อยกว่า 13 ปี	1.781	0.658-4.823	0.256
13-14 ปี	1.599	0.808-3.165	0.178
15 ปีขึ้นไป (ref.)	1.00		
ระดับชั้น			
มัธยมศึกษาปีที่ 1	0.738	0.402-1.352	0.325
มัธยมศึกษาปีที่ 2	0.983	0.554-1.746	0.954
มัธยมศึกษาปีที่ 3 (ref.)	1.00		
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน			
ผลการเรียนเฉลี่ย 2.00-2.50	4.478	1.171-17.133	0.029*
ผลการเรียนเฉลี่ย 2.51-3.00	0.478	0.204-1.120	0.089
ผลการเรียนเฉลี่ย 3.01-3.50	0.728	0.394-1.347	0.312
ผลการเรียนเฉลี่ย 3.51-4.00 (ref.)			

*p-value<0.05, OR=Odds ratio, 95% CI=95% Confidence Interval, ref.= Reference variable

อภิปรายผล

1. ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพจิตปกติ จำนวน 172 คน (ร้อยละ 61.87) และมีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 106 คน (ร้อยละ 38.13) เมื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติหรือมีปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด ได้แก่ รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา จำนวน 103 คน (ร้อยละ 37.05) รองลงมาได้แก่ รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป จำนวน 89 คน (ร้อยละ 32.01) และ นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ จำนวน 67 คน (ร้อยละ 24.10) ตามลำดับ ส่วนข้อน้อยที่สุดได้แก่ รู้สึกมีความสุขดีตามสมควร เมื่อดูโดยรวม ๆ จำนวน 33 คน (ร้อยละ 11.87) สามารถอธิบายได้ดังนี้ วัยรุ่นตอนต้น อยู่ในช่วงอายุ 10-13 ปี เป็นช่วงวัยที่เป็นช่วงรอยต่อของชีวิตจากวัยเด็กเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงวัยผู้ใหญ่ ต้องการการยอมรับจากผู้อื่น เป็นวัยที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว มีความคิดเป็นของตัวเอง หากได้รับการสนับสนุน จะทำให้เกิดกำลังใจ กล้าเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ แต่ในทางตรงข้ามหากไม่ได้รับความใส่ใจ จะทำให้เกิดเป็นความรู้สึกไม่มั่นใจขาดทักษะการแก้ปัญหา สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลต่อพฤติกรรม ส่งผลต่อการเรียน การดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ (สมรัก

ครองยุทธ, 2560) พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้คือ ความภาคภูมิใจในตนเองอธิบายได้ว่าเด็กวัยรุ่นรับรู้ว่าคุณค่าเช่นความมั่นใจรู้จักให้รู้จักกับคนพบและภูมิใจในความสามารถด้านต่าง ๆ ของตนจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ เพศหญิงมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากกว่าเพศชาย เป็น 1.672 เท่า (Crude OR=1.672, 95% CI=1.024-2.733) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 อายุจากการศึกษาพบว่า อายุ ($\chi^2 = 2.042, p\text{-value}=0.346$) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนสอดคล้องกับการศึกษาของ (กมลรัตน์ ทองสว่าง, 2563) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิพบว่า มีตัวแปร อายุสถานภาพสมรสของบิดามารดาและเพศ ที่ร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($p\text{-value} = .000$) ซึ่งตัวแปรทั้งสาม สามารถอธิบายการผันแปรของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา พยาบาลได้ร้อยละ 0.43 ($R^2 = .043$) ระดับชั้น ($\chi^2 = 1.177, p\text{-value}=0.575$) ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียน แสดงให้เห็นว่า ภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาแต่ละชั้นปีมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ (แกมแก้ว โขษกรณัฐ, 2560) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน ในโครงการสุขภาพจิตโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานครผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3. พบว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ย 2.00-2.50 มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.51-4.00 เป็น 4.478 เท่า (Crude OR=4.478, 95% CI=1.171-17.133) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ธนิดา พุ่มท่าอิฐ และคณะ, 2562) พบว่า ภาวะสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน นักศึกษาพยาบาลที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีมักเป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพื่อเป็นการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตที่ผิดปกติและมีวิธีป้องกันที่เหมาะสม
2. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนแต่ละชั้นปี
3. เพื่อนำข้อมูลที่ได้ มาพัฒนากิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมทักษะในด้านต่าง ๆ ของนักเรียน
4. สามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับในการเฝ้าระวังป้องกันและการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเมื่อเกิดปัญหา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดและส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดี สร้างความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

2. ความรู้การศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตของนักเรียนเพื่อป้องกันการเกิดความเปลี่ยนแปลงทางจิต ซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน จนในที่สุดอาจทำให้ไม่สามารถเรียนจบได้ตามแผนการศึกษาได้

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ ทองสว่าง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด ความฉลาดทางอารมณ์ กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2), 91-100.
- กรมสุขภาพจิต. (2022). *Mental Health Check-in*. กรมสุขภาพจิต. <https://checkin.dmh.go.th/dashboards>
- แกมแก้ว โภษกรณัฐ. (2560). การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน ในโครงการสุขภาพจิตโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยทางการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 12(1), 46-57.
- คณิตา นิจจรัลกุล. (2550). คุณลักษณะ ยุทธศาสตร์การสอน และปัจจัยที่มีผลต่อการเป็นครูสอนภาษาไทยดีเด่นในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในภาคใต้ของประเทศไทย. *วารสารสงขลานครินทร์*, 9(3), 295-305.
- จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส, สายใจ พัวพันธ์, และ ดวงใจ วัฒนสินธ์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(3), 1-13.
- ทัศนาว ทวีคุณ, พชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภณ แสงอ่อน. (2555). ปัจจัยทำนายความเครียดของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 1-11.
- ฉันทนา แรงสิงห์. (2556). ผลของโปรแกรมกลุ่มให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา. *วารสารพยาบาลและการศึกษา*, 6(2), 29-41.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2539). ความเชื่อถือได้และความแม่นยำของ General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 2-17.
- ธณิดา พุ่มท่าอิฐ, รังสรรค์ มาระเพ็ญ, และ อริยา ดีประเสริฐ. (2562). ภาวะสุขภาพจิตและผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์*, 11(2), 172-185.
- นิพัฏฐพนธ์ สนิทเหลือ, บุญเรียง ขจรศิลป์, และ สาเนา ขจรศิลป์. (2560). การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุขององค์การนวัตกรรมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการใช้งานการเรียนอิเล็กทรอนิกส์ผ่านความสามารถด้านคอมพิวเตอร์ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความง่าย ของอาจารย์สังกัดมหาวิทยาลัยเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 19(3),
- ศรีเรือน แก้วกังวล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศูนย์ความรู้นโยบายเด็กและครอบครัว (คิด for คิดส์). (2565). *เด็กและครอบครัวไทยในสามวิกฤต: รายงานสถานการณ์เด็กและครอบครัว ประจำปี 2022*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. <https://kidforkids.org/child-family-situation-report-2022/>
- สมรัก ครองยุทธ, นุจรี ไชยมงคล และ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). อิทธิพลของทักษะชีวิตที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 54-62.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2566). ปัญหา 'สุขภาพจิต' วัยรุ่นไทย เมื่อความสัมพันธ์เป็นสาเหตุ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/files/212/thaihealth%20watch%202021.pdf>สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา. (2566). *ระบบบริการข้อมูลภาครัฐ Big DATA - สพม.* ชัยภูมิ. <https://e-service.sesaochaiyaphum.go.th/bigdata/index.php>
- อิงคภา โคตรนารา, วราลักษณ์ กิตติวัฒน์ไพศาล, และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2558). ความชุกและปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา: วิเคราะห์แยกเพศ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(1), 63-72.
- Lama, M. Al-Qaisy. (2011). The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students. *International Journal of Psychology and Counseling*, 3(5), 96-100.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

โรคเบาหวาน ในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

อำไพวรรณ ทุมแสน, วท.ม.*

สุภัจฉรีย์ มะกรกรรม, วท.ม.* และแสงดาว จารุจิตร, ส.ม.*

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จำนวน 349 คน เครื่องมือในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.87-1.00 ทดสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .811 และ .725 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัธยฐาน เลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.16$, $SD = 0.99$) พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.20$, $SD = 1.38$) ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = .759$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ ควรมุ่งเน้นกลยุทธ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้อย่างยั่งยืนและเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ : ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคเบาหวาน

* คณะพยาบาลศาสตร์มีชน มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย - แปซิฟิก

Corresponding E-mail: Supatcharee@apiu.edu

(Received: September 21, 2024; Revised: February 20, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Relationship between Health Belief and Self-care Behaviors in Diabetes Mellitus Patient Muak Lek District, Saraburi Province

Ampaiwan Toomsan, M.Sc.*

Supatcharee Makornkan, M.Sc.* & Saengdao Jarujit, M.P.H.*

Abstract

Diabetes is a chronic non-communicable disease. Complications arising from diabetes significantly impact the quality of life of patients. The objective of this study was to examine the levels of health beliefs, self-care behaviors, and the relationship between health beliefs and self-care behaviors among diabetic patients in Muak Lek District, Saraburi Province. A multi-stage random sampling method was employed to select a sample of 349 participants. The research instruments included a personal information questionnaire, a health beliefs questionnaire, and a self-care behavior questionnaire. The Index of item objective congruence (IOC) was from 0.87-1.00 and the reliability scores of Cronbach's alpha coefficient were .811 and .725, data was analyzed using descriptive statistics, including percentages, arithmetic means, and standard deviations. The relationship between health beliefs and self-care behaviors among diabetic patients was examined using Pearson's correlation coefficient.

The results showed the overall health beliefs of diabetic patients were at a high level ($M = 4.16$, $SD = 0.99$). There overall self-care behaviors were at a moderate level ($M = 3.20$, $SD = 1.38$). There was a statistically significant positive correlation between overall health beliefs and self-care behaviors among diabetic patients, with a high level of correlation ($r = .759$) at the .01 level of significance.

The findings and recommendations should emphasize strategies for modifying health behaviors among diabetic patients to promote appropriate health practices. This approach aims to achieve sustainable and tangible outcomes in blood sugar control and the prevention of severe complications.

Keywords: Health Belief Self-care Behaviors Diabetes Mellitus

*Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes) ที่มีสาเหตุมาจากตับอ่อนสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรือร่างกายเกิดภาวะที่ดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน ผลจากโรคเบาหวานทำให้พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ไตวายเรื้อรัง จอประสาทตาเสื่อม แผลเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (อำนาจ เมืองแก้ว และคณะ, 2563) จากการสำรวจความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 7 ในปีพ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 ในปีพ.ศ. 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วีรชัย ศรีวิชชากร และเพชร รอดอารีย์, 2565) โดยพบมากในช่วงอายุระหว่าง 35-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.8 ต่อ 1,000 ประชากรในเพศชาย และ 9.2 ต่อ 1,000 ประชากรในเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่สำคัญได้แก่ ไตวายเรื้อรังจากโรคเบาหวานร้อยละ 34.0 (ประเสริฐ ธนกิจจารุ และคณะ, 2557) จอประสาทตาเสื่อมร้อยละ 8.5 (จัญญ บัญธกานนท์, 2565) การเกิดแผลที่เท้าเรื้อรังร้อยละ 2-12 (พิมพ์ใจ อันทานนท์, 2561) ทั้งนี้ยังพบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 25.3 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 2557-2562 (วิชุดา จันทะศิลป์ และคณะ, 2567) ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยพบว่า โรคเบาหวานมีค่าใช้จ่ายโดยรวมรายปีมากที่สุดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในคิดเป็น 671 ล้านบาทในผู้ป่วยนอก และ 2,716 ล้านบาทผู้ป่วยใน การควบคุมป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่สำคัญได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมโดยการประเมินจากระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ซึ่งจะต้องน้อยกว่าร้อยละ 7 (ธีรศักดิ์ พาจันทร์ และคณะ, 2565) รวมทั้งการตรวจทำงานของไต วัดสายตา ตรวจหลอดเลือดไปเลี้ยงที่เท้า และตรวจประสาทรับความรู้สึกที่เท้าอย่างสม่ำเสมอ

จากข้อมูลผู้ป่วยจังหวัดสระบุรีประจำปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ได้รับการขึ้นทะเบียนมีจำนวนทั้งหมด 45,205 ราย จากประชากรทั้งหมด 416,466 ราย มีอัตราความชุกของโรคคิดเป็นร้อยละ 10.85 (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) อำเภอมวกเหล็กเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสระบุรีที่พบปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบมากตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และยังพบว่ามีผู้เข้ารับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 5.3 ซึ่งจัดเป็นลำดับที่ 10 ของประเทศไทย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี พบว่า ปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนจนก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตมีสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมได้แก่ ความนิยมในการบริโภคอาหารหวานเนื่องจากสามารถเข้าถึงได้ง่าย การขาดการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม (พรพรรณ สมินทร์ปัญญา และกัญญ์ฐิพิมพ์ บำรุงวงศ์, 2561) ทั้งนี้จากการสำรวจด้านพื้นที่ยังพบว่า ด้วยบริบทของอำเภอมวกเหล็กเองที่เป็นชุมชนเมือง และตั้งอยู่ใกล้เคียงเขตนิคมอุตสาหกรรมสระบุรี มีการใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ ความต้องการความสะดวกรวดเร็ว ความนิยมด้านการบริโภคอาหารตามสั่ง ผลไม้รสหวาน ขนม และเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ โอเลี้ยงเป็นประจำทุกวัน ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ($HbA1c \geq 7$) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่ผลสำรวจความรอบรู้ด้าน

สุขภาพของประชาชนอำเภอมหะเหล็กอยู่ที่ร้อยละ 66.64 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 71 (ยศธการ ศรีเนตร และวรรณศรี แวงงาม, 2567)

จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ที่ได้อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพโดยการที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นจะต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากเพียงใดหรือรับรู้ความรุนแรงที่อาจส่งผลให้ถึงแก่ชีวิตได้ซึ่งต่อมาเบเกอร์และไมเมน (Becker & Maiman, 1975) ได้อธิบายแนวคิดนี้เพิ่มเติมว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีนั้น บุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตนเองและจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อสู้โรคได้ (จุฬารัตน์ รวมจิต, 2565) ซึ่งปัจจุบันแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่นำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปแบบของการรับรู้และความเชื่อมีองค์ประกอบได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตาม (Perceived barriers) และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) (บุญชูธรรม ธีรยธิธนากุล และสุภาพร ดุภะสกุล., 2565)

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้คณะผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอมหะเหล็ก จังหวัดสระบุรี โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบเกอร์และไมเมน (Becker & Maiman, 1975) มาเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในครั้งนี้ เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาและหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอมหะเหล็ก จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอมหะเหล็ก จังหวัดสระบุรี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในเขตอำเภอมหะเหล็ก จังหวัดสระบุรี

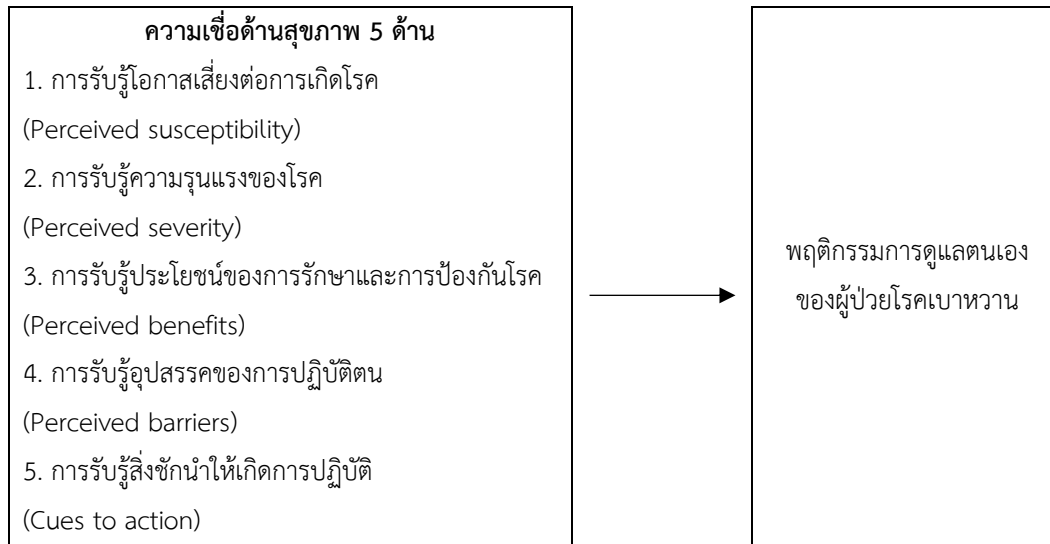
สมมติฐานการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอมหะเหล็ก จังหวัดสระบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional study) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบเกอร์และไมเมน (Becker & Maiman, 1975) มีทั้งหมด 5 ด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตาม (Perceived barriers) และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้ง 6 ด้านได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตตำบลมิตรภาพ ตำบลลำพญากลาง และตำบลชัยสนุ่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ในรอบปีงบประมาณ 2562 จำนวนทั้งสิ้น 3,756 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 349 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ตามลำดับ ดังนี้

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ทำการสุ่มเลือกได้ 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลมิตรภาพ ตำบลลำพญากลาง และตำบลชัยสนุ่นซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรวมทั้งสิ้น 6 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโป่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองม่วงเหนือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษามหาราชนิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชัยสนุ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง

2. เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบ Accidental Random sampling ตามคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้จนครบตามจำนวน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน จำแนกตามสถานบริการที่เก็บข้อมูล
(n = 3,756)

ตำบล	สถานบริการ	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ตำบลมิตรภาพ	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ	751	70
ตำบล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโป่ง	572	53
ลำพญากลาง	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
	คลองม่วงเหนือ	683	64
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล		
	เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชามหาราชินี	721	67
ตำบลขับสนุ่น	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขับสนุ่น	497	46
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังยาง	532	49
รวม		3,756	349

Inclusion criteria มีดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปและได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี
3. เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูดภาษาไทยและยินดียใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

Exclusion criteria มีดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม
2. มีปัญหาจากการเป็นโรคเบาหวานจนทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี โดยมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาในแบบสอบถามให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการให้ความรู้ผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) จำนวน 6 ข้อ ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) จำนวน 10 ข้อ ด้านที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) จำนวน 8 ข้อ และด้านที่ 5 การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งสิ้น 41 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้และความคิดเห็นของท่านมาก 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้และความคิดเห็นของท่านปานกลาง 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้และความคิดเห็นของท่านน้อย และ 1 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับระดับการรับรู้และความคิดเห็นของท่านน้อยที่สุด ข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนนตรงข้าม การแปลผลคะแนนพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 -5.00 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกาดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ (กมลพรรณ จักรแก้ว, รพีพร เทียมจันทร์ และวราภรณ์ ศิริสว่าง, 2562) เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ และแบบสอบถามของ (คณะผู้วิจัย รพ.สต.บ้านท่าข้าม, 2560) เรื่องพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ด้านประกอบด้วยด้านที่ 1 การรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 2 การออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 3 การจัดการความเครียดจำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 4 การใช้ยา จำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 5 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำนวน 5 ข้อ และด้านที่ 6 การมาตรวจตามนัดจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ ทุกวัน 4 หมายถึงปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์ 3 หมายถึงปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ 2 หมายถึงปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้น ๆ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ และ 1 หมายถึงไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย การแปลผลคะแนน พิจารณาจากค่าเฉลี่ยมีขมิ้มเลขคณิตแบ่งเป็น 3 ระดับ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์การให้คะแนนของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.68 -5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 -3.67 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง และช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับต่ำ

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่เชี่ยวชาญโรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม จำนวน 2 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม 1 ท่าน พิจารณาดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence : IOC) ซึ่งข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.87-1.00 การทดสอบความเชื่อมั่นผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ป่วยเบาหวานในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา โดยอยู่นอกเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่งที่ใช้เก็บข้อมูลจริงจำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี

วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ .811 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เท่ากับ .725

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของมหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชีย-แปซิฟิก หมายเลข 2020-208 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยส่งจดหมายขออนุญาตเก็บข้อมูลกับสาธารณสุขอำเภอแมวกเหล็ก ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 6 แห่งเพื่อนัดหมายวันเก็บข้อมูล ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การรักษาความลับ การเก็บข้อมูลและนำเสนอข้อมูลวิจัยในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างในการนำเสนองานวิจัย โดยผลการวิจัยสรุปออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินดียิ่งจึงให้ทำการลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอม ผู้วิจัยใช้วิธีเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม บันทึกข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยมัธยฐานเลขคณิต (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation coefficient)

ผลกาวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 63.3 ช่วงอายุของผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 56-65 ปี ร้อยละ 36.4 รองลงมาอายุ 66-75 ปี ร้อยละ 26.6 ($M = 57.87, SD = 11.11$) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 67.0 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 72.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 37.0 รองลงมาได้แก่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 22.1 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือนมากที่สุดอยู่ระหว่าง 5,001-30,000 บาท/เดือน ร้อยละ 49.0 รองลงมาได้แก่ $\leq 5,000$ บาท/เดือน ร้อยละ 39.9 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 37.2 รองลงมา ≤ 5 ปี ร้อยละ 35.8 มีระดับน้ำตาลในเลือดมากที่สุดในช่วง 101-150 mg/dl ร้อยละ 64.5 และพบภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 55.0

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.16, SD = 0.99$) โดยพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) มีระดับของความเชื่อด้านสุขภาพสูงสุด เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits), และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ($M = 4.49, 4.24, 4.69, 4.59$ $SD = 0.90, 1.03, 0.66, 0.79$)

ตามลำดับ ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) ($M = 2.79$ $SD = 1.58$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี รายด้าน (n=349)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ
ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)	4.49	0.90	ระดับสูง
ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)	4.24	1.03	ระดับสูง
ด้านที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits)	4.69	0.66	ระดับสูง
ด้านที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers)	2.79	1.58	ระดับปานกลาง
ด้านที่ 5 การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)	4.59	0.79	ระดับสูง
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	4.16	0.99	ระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.20$, $SD = 1.38$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การมาตรวจตามนัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($M = 3.78$, 3.72 , $SD = 1.23$, 1.45) ตามลำดับ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ การรับประทานอาหาร, การจัดการความเครียด, การออกกำลังกาย และการใช้ยา ($M = 2.80$, 3.43 , 2.92 , 2.57 , $SD = 1.08$, 1.56 , 1.68 , 1.28) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี รายด้าน (n=349)

พฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับพฤติกรรม การดูแล ตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวาน
ด้านที่ 1 การรับประทานอาหาร	2.80	1.08	ระดับปานกลาง
ด้านที่ 2 การออกกำลังกาย	2.92	1.68	ระดับปานกลาง
ด้านที่ 3 การจัดการความเครียด	3.43	1.56	ระดับปานกลาง
ด้านที่ 4 การใช้ยา	2.57	1.28	ระดับปานกลาง
ด้านที่ 5 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3.72	1.45	ระดับสูง
ด้านที่ 6 การมาตรวจตามนัด	3.78	1.23	ระดับสูง
พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยรวม	3.20	1.38	ระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = .759$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($r = .103, .068$) ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = .750$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r = .405$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตอำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี รายด้าน (n=349)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน		
	r	sig	ระดับความสัมพันธ์
ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility)	.097	.071	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)	.103*	.001	ระดับต่ำ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน		
	r	sig	ระดับความสัมพันธ์
ด้านที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits)	.068*	.001	ระดับต่ำ
ด้านที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers)	.750**	< .001	ระดับสูง
ด้านที่ 5 การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)	.405**	< .001	ระดับปานกลาง
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	.759**	< .001	ระดับสูง

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

อภิปรายผล

1. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผลการศึกษานี้พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ($M = 4.16$, $SD = 0.99$) สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมเมน (Becker & Maiman, 1975) ที่กล่าวว่าแนวคิดดังกล่าวมีจุดเน้นเกี่ยวกับความกลัวโดยมีสมมติฐานว่า เมื่อบุคคลเกิดความกลัวและรับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคและจัดการกับปัญหาโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ตนจะได้รับ โดยบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคภาวะคุกคามต่อชีวิตด้วยการสร้างการรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) และความรุนแรงของโรค (perceived severity) ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ (perceived benefits) ว่ามีประโยชน์สูงสุดเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับ การรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้น (perceived barriers) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี ผาสุก (2563) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 93.6 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 แต่เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายด้านพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) อยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน แต่เนื่องจากปัจจัยด้านบริบทของสังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองมากขึ้นทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนนทยา กาสิม (2565) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม โรงพยาบาลบ้านโป่ง พบว่าเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ประชาชนมีวิถีการดำเนินชีวิตอยู่บนปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพเช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย หรือแม้แต่บทบาทหน้าที่การทำงานที่ต้องแข่งขันกับเวลาจึงเป็นเรื่องยากที่จะหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆเหล่านี้

2. พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.20$, $SD = 1.38$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

กาย การจัดการความเครียด และการใช้ยา เนื่องจากสาเหตุและปัจจัยต่างๆ เช่น ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนว่าอาหารหรือผลไม้รสหวานเท่านั้นที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศศิวรรณ ชันทะชา และเบญจามุกตพันธ์ (2564) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายเชื้อชาติ อำเภอนาแก จังหวัดนครพนมพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 72.0 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนว่าอาหารประเภทใดบ้างที่ควรงดหรือหลีกเลี่ยงที่จะก่อให้เกิดผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง ในด้านการออกกำลังกายเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยังมีข้อจำกัดในด้านของเวลาที่ยังต้องทำงานประจำ การขาดความตระหนักในความสำคัญและความจำเป็นจำเป็นของการออกกำลังกาย รวมถึงความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการออกกำลังกายเช่น เข้าใจว่าการทำงานประจำ หรือการทำงานบ้านถือว่าเป็นการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของฤทธิชัย แกมมณาค (2567) ที่ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและพฤติกรรมในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุวัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดเชียงรายพบว่า ทัศนคติความเชื่อและความรู้สึที่มีต่อการออกกำลังกายอยู่ในลักษณะที่เป็นทัศนคติที่เป็นกลางโดยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเช่น การทำงานบ้าน กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น ด้านการจัดการความเครียดพบว่าบุคลิกภาพและความสามารถส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่สำคัญในการจัดการความเครียด สอดคล้องกับทฤษฎีของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ได้อธิบายว่าพฤติกรรมการเผชิญกับความเครียดเป็นความพยายามของบุคคลที่จะพยายามเปลี่ยนแปลงความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองอยู่ตลอดเวลาเพื่อจะจัดการกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งภายในและภายนอก โดยมีการใช้ความสามารถและแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในการจัดการกับความเครียดนั้น ด้านการใช้ยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเช่น การหยุดยาเอง ลืมรับประทานยา และรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรรัตน์ หวังประดิษฐ์ และคณะ (2568) ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้พบว่าปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา 3 ลำดับแรกได้แก่ การไม่มาพบแพทย์ตามนัด การลืมรับประทานยา และการรับประทานยาไม่ตรงเวลา ซึ่งขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูงได้แก่ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการมาตรวจตามนัด ($M=3.72, 3.78 \text{ SD} = 1.45, 1.23$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มมีความกลัวจากการถูกตำหนิหากไม่มาตรวจตามนัด การรับรู้ว่าจะหากมาตรวจตามนัดตนเองจะได้รับการตรวจสายตา ตรวจระดับความรู้สึกที่เท้า รวมทั้งการตรวจทำงานของไต ซึ่งเป็นป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่รุนแรง รวมถึงความหวาดกลัวอันตรายต่างๆที่จะเกิดขึ้น ตาบอดจากจอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรังจากโรคเบาหวาน หรือแผลเบาหวานเรื้อรังจนนำไปสู่การตัดอวัยวะ ทั้งที่เกิดจากประสบการณ์ตรงหรือจากการพบเห็นบุคคลรอบข้าง เป็นต้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกโดยมีความสัมพันธ์ระดับสูง ($r = .759$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของอ้อมใจ แต่เจริญวริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภูมิ (2559) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์พบว่า แบบแผนการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวก

กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นอาจแสดงถึงปัญหาที่แฝงอยู่โดยทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมาแต่ความรู้ทางด้านสุขภาพไม่ใช่ปัจจัยเพียงอย่างเดียวที่เป็นตัวกำหนดทิศทางพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคลว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือไม่ ยังมีปัจจัยด้านอื่นที่มีอิทธิพลและเป็นปัจจัยส่งเสริมที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วยซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของจุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2564) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า เพศและศาสนามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านข้าม (2560) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถนำความรู้เรื่องโรคเบาหวานมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมการดำเนินกิจกรรมประจำวันได้เนื่องจากความเคยชินกับกิจกรรมประจำวันมากเกินไปจึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีการส่งเสริมและพัฒนากลยุทธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพเช่น การสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติตามแนวทางที่ดีต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมส่งเสริมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรูปแบบเฉพาะเจาะจงมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับบริบทของสังคมที่แตกต่างกันเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างกันอันจะส่งผลให้สามารถกำหนดแนวทางส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับแต่ละบริบทของสังคมและพื้นที่ที่แตกต่างกันได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กมลพรรณ จักรแก้ว, รพีพร เทียมจันทร์, และวราภรณ์ ศิริสว่าง. (2562). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย

โรคเบาหวาน ตำบลหลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย*, 9(2), 32-38.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้*.

https://sri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=0f23318497737af76b19e98304dbcec7

- จรรยา บุญธกานนท์. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(2), 341-351.
- จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 6(3), 121-130.
- จุฬารัตน์ รวมจิต. (2565). ผลการใช้โปรแกรมการสอนทางกายภาพบำบัดตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเองต่อระดับความเจ็บปวดและความสามารถทางกายของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในคลินิกฝังเข็ม. <http://202.29.52.112/dspace/bitstream/123456789/161/1/61552790108.pdf>
- ธีรศักดิ์ พาจันท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, และนิรันดร์ ธาระคร. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 285-298.
- นนทียา กาลิม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมโรงพยาบาลบ้านโป่ง. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(1), 37-48.
- บุญขันธ์ ธีรณิธิธนากุล และสุมาพร ดุละสกุล. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หลังจากติดไวรัส Covid-19 ในช่วงการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมดิจิทัล. *วารสาร มจร. อุบลปริทรรศน์*, 7(3), 487-502.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ, สกานต์ บุณนาค, และวรางคณา พิชัยวงศ์. (2557). โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD). *โรงพยาบาลราชวิถี*.
- พิมพ์ใจ อันทานนท์. (2561). ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (Diabetic foot). สรุปเนื้อหางานอบรมวิชาการโรคต่อมไร้ท่อในเวชปฏิบัติ (ครั้งที่ 33). สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรพรรณ สมิทธิ์ปัญญา และกัญญ์ฐิพิมพ์ บำรุงวงศ์. (2561). ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรคัดสรรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองไทร อำเภอมากเหล็ก จังหวัดสระบุรี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 14(3), 86-98.
- ยศกร ศรีเนตร และวรรณศรี แวงงาม. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 อำเภอมากเหล็ก จังหวัดสระบุรี. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ*, 17(2), 177-197.
- วิชุดา จันทะศิลป์, พรณี บุญชรหัตถกิจ, ทศพร ชูศักดิ์, และรัฐพล ศิลปะศรี. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในจังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 18(2), 498-511.
- วีรชัย ศรีวนิชชากร, และเพชร รอดอารีย์. (2565). การป้องกันโรคเบาหวานในสภาพการณ์ของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(2), 363-375.

- ศศิวรรณ ชันทะชา และเบญจา มุกตพันธุ์. (2564). ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ที่มีความหลากหลายเชื้อชาติ อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(1), 97-104.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *ผลการศึกษาการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูง สปสช.เขต 4 สระบุรี*.
https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_spec32.pdf
- อรรถรัตน์ หวังประดิษฐ์, ชลาลัย โชคดีศรีจันทร์, สมสมัย ทัพนันท์, ศิริขวัญ โพธิ์แจ้ง, และจากรุวรรณ สุรัสโม. (2567). การรับรู้ด้านสุขภาพและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 4(2), 1-18.
- อ้อมใจ แท้เจริญวิริยะกุล และกิตติยา ศิลาวงศ์ สุวรรณภูมิ. (2559). การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลทุ่งมน อำเภอบราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 9(2), 331-338.
- อำนาจ เมืองแก้ว, อิสระพงศ์ เพลิดเพลิน, จิตรัตน์ ปองทอง และเกษศิริพันธ์ พุทธวงศ์. (2563). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็มโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2563*. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่1 จังหวัดเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านข้าม. (2560). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่*.
<https://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180316191617.pdf>
- เพ็ญศรี ฝาสุก. (2563). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(1), 44-55.
- ฤทธิชัย แกมมณาค. (2567). ทักษะคิดและพฤติกรรมในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุ วัดหัวฝาย ตำบลสันกลาง อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดเชียงราย. *วารสารนวัตกรรมการจัดการศึกษาและการวิจัย*, 5(2), 445-454.
- Becker, M.H. and Maiman, L.A. (1975) *Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations*.
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=913892>
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Krejcie.R.V. & D.W.Morgan. Determining Sample Size for Research Activities. *Education and Psychological Measurement*1970; 30: 607-601.
- Lazarus, R S and Folkman, S, (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษา ระดับชั้นปีที่ 5 - 6 จังหวัด สุพรรณบุรี

จารุวรรณ สอนงญาติ, Ed.D*, พิศิษฐ์ พลชนะ, Ph.D.*

เพ็ญพัทธ์ ลูกอินทร์, M.N.S.*, จินตนา เพชรมณี, M.N.S.*

ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, M.N.S.* และอุษณียาภรณ์ จันทร, M.N.S.*

บทคัดย่อ

การป้องกันการสูบบุหรี่ในเยาวชนเป็นการลดผู้สูบบุหรี่รุ่นใหม่ที่สำคัญในสังคม การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาวะเพื่อการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาในระดับชั้นปีที่ 5 - 6 จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือวัยรุ่นชายและหญิงที่กำลังศึกษาในอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 จำนวน 100 คน โดยใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน ดำเนินการทดลอง โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้และโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาวะ ระยะเวลา 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วัดผลโปรแกรมก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired Sample T-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษา ระดับชั้นปีที่ 5 - 6 ระหว่างทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) และค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001)

ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะในการดำเนินการป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการป้องกันการเสพติดควรจัดโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาวะ พร้อมกับให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ พัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อให้แก่นักเรียนระดับประถมศึกษา

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันการสูบบุหรี่ นักเรียนประถมศึกษา

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: khanreothai@snc.ac.th

(Received: November 28, 2024; Revised: February 20, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Program Development Vocal Student Clubs Smoking on Health Literacy to Prevent Smoking among Students of Elementary School level 5 -6, Suphanburi Province

Jaruwan Saningyard, Ed.D.* , Pisit Poltana, Ph.D.*

Penpak Luk-in, M.N.S.* , Jintana Pechmanee, M.N.S.*

Khunruetai Thammakijpirote, M.N.S.* & Ausaniyaphon Chantorn, M.N.S.*

Abstract

The prevention of smoking among youth is crucial in reducing the number of new smokers in society. This research is a quasi-experimental study with a single group design aimed at examining the effect of a health literacy promotion program to prevent smoking among elementary school students in grades 5 and 6 in Suphanburi Province. The sample group consisted of 100 students, including both male and female adolescents studying in grades 5 and 6, selected by random sampling. The students were divided into an experimental group and a control group, each with 50 students. The experiment involved organizing educational activities and a health literacy development program over a period of 4 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, and the program's impact was assessed before and after the experiment by comparing the mean differences using a Paired Sample T-test.

The results of the study showed that after the intervention, the average health literacy scores for preventing smoking of the experimental group were significantly higher than those of the control group ($P\text{-value} < 0.001$). Additionally, the mean scores of the experimental group before and after the experiment also showed a significant difference ($P\text{-value} < 0.001$).

The study suggests that for preventing smoking among elementary school students, relevant agencies involved in addiction prevention should implement health literacy promotion programs, alongside educating students about the dangers of smoking and how to quit smoking. It is also recommended to develop media literacy skills for elementary students.

Keywords: Health literacy Smoking prevention Students

*Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก ปัญหาในเยาวชนที่พบนั้นการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคปอด กรมควบคุมโรค เผยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพอันดับ 1 สาเหตุสำคัญจาก "บุหรี่" ในประเทศไทย การสูบบุหรี่ในเยาวชนยังคงเป็นปัญหาที่น่าเป็นห่วง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) พบว่า เยาวชนอายุ 15-19 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงถึง 60.8% ของนักสูบหน้าใหม่ทั้งหมด นอกจากนี้ การสูบบุหรี่ในเยาวชนยังมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การลดลงของความสามารถในการรับรสและกลิ่น น้ำหนักลด และความเสี่ยงต่อโรคทางเดินหายใจ การป้องกันและลดการสูบบุหรี่ในเยาวชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสุขภาพที่ดีของคนรุ่นใหม่และสังคมโดยรวม

ปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่ถึง 1.1 พันล้านคน องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ 1 คน ในทุก ๆ 6 วินาที และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่าปีละ 8 ล้านคน มากกว่า 7 ล้านคน เสียชีวิตจากการเป็นผู้สูบบุหรี่เอง และ อีก 1.2 ล้านคน เสียชีวิตจากการเป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง (WHO, 2016) สำหรับสถิติการสูบบุหรี่ของเยาวชนจากข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับสถิติการสูบบุหรี่ของเยาวชนในประเทศไทย พบว่า การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปี เยาวชนไทยมีการสูบบุหรี่ลดลง 0.7% เมื่อเทียบกับปี 2560 อย่างไรก็ตาม ยังมีสัดส่วนที่สูงของเยาวชนที่ทำงานแล้วมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพรายงานว่า ในปี 2566 เยาวชนไทยมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 9.1 โดยส่วนใหญ่ถูกชักชวนจากเพื่อนถึงร้อยละ 92.2 การสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนอายุ 13-15 ปี ผลสำรวจล่าสุดพบว่า เยาวชนในกลุ่มอายุนี้นี้มีการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.6 โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนหญิงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (จิรภัทร์ รัตนขมภู และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2563) ในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา สถิติการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ

สถิติการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยในรอบ 5-10 ปีที่ผ่านมาการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรพบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 17.4 โดยผู้ที่สูบทุกวันมีร้อยละ 15.3 และผู้ที่สูบแต่ไม่ทุกวันมีร้อยละ 2.1 ผลกระทบของการสูบบุหรี่ในเยาวชนต่อสังคมไทย ผลกระทบทางสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักของโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคปอด และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและอายุขัยของเยาวชน ผลกระทบต่อผู้ไม่สูบ เกิดจากควันบุหรี่ที่สูดดมโดยไม่ตั้งใจ (Secondhand Smoke) สามารถทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจ ผลกระทบทางสังคม การลดทอนคุณภาพชีวิต เยาวชนที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งส่งต่อการเรียนรู้และการพัฒนาตนเอง การเพิ่มภาระทางสังคม การสูบบุหรี่ในเยาวชนอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การใช้สารเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และการมีปัญหากับกฎหมาย ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพการรักษาโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นภาระทางการเงินทั้งสำหรับครอบครัวและระบบสาธารณสุข การสูญเสียผลผลิต เยาวชนที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และอาจต้องลาออกจากงานเนื่องจากปัญหาสุขภาพ การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

การเสพติดบุหรี่ในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ครั้งแรกเมื่ออายุ 12 ถึง 13 ปี (ร้อยละ 39.6) รองลงมาเป็นเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุ ระหว่าง 14 ถึง 15 ปี (ร้อยละ 24.8) และเยาวชนที่ทดลองสูบบุหรี่ในช่วงอายุ 10 ถึง 11 ปี (ร้อยละ 21.2) และโอกาสของการเป็นนักสูบบุหรี่ใหม่โดยผู้ที่ไม่เคยใช้ยาสูบแต่มี แนวโน้มว่าจะสูบในอนาคตหรืออีกนัยหนึ่งคือ คนที่มั่นใจว่าจะสูบบุหรี่แน่นอน คิดเป็นร้อยละ 7.4 ของประชากรรวม นอกจากนี้มีผู้ไม่สูบแต่คิดว่าคงมีความสุขถ้าได้สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของ ประชากรรวม (กองสถิติเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ สถานะเศรษฐกิจของครอบครัวทัศนคติต่อการสูบบุหรี่ ความเครียด การเข้าถึงบุหรี่ การมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ การรับรู้แนวทางปฏิบัติเรื่องบุหรี่ในโรงเรียน และการรับรู้ความสามารถในการปฏิเสธการสูบบุหรี่: นักเรียนที่มีความมั่นใจในการปฏิเสธการสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะไม่สูบบุหรี่มากขึ้น (แพรวพรรณ ขาวบ้านบึง ธาณินทร์ สุธีประเสริฐ สุรศักดิ์ สุนทร และสุวรรณี เนตรศรีทอง, 2566 และ จรณรักษ์ ยี่ภู่, อุษา คงทองและบุญเรือง ศรีเหรียญ, 2561) การมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเป็นปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การเชื่อว่าการสูบบุหรี่สามารถเพิ่มความน่าสนใจ หรือทำให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนหรือเป็นที่ชื่นชอบจากเพศตรงข้าม ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นของการทดลองสูบบุหรี่ รวมถึงการพัฒนาความอยากรู้อยากลองในกลุ่มวัยรุ่น นอกจากนี้ วัยรุ่นยังมีแนวโน้มที่จะเชื่อมั่นในเพื่อน เนื่องจากเพื่อนมักได้รับความไว้วางใจในฐานะบุคคลที่สามารถให้คำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ ได้ ดังนั้น เพื่อนจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจสูบบุหรี่ ซึ่งอิทธิพลนี้มักปรากฏในรูปแบบของการชักชวน หรือการบังคับให้สูบบุหรี่ เพื่อให้ได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อนหรือเป็นส่วนหนึ่งของการเข้าสังคมในกลุ่มวัยรุ่นครอบครัวถือเป็นสถาบันแรก และสำคัญที่สุดในการสร้างทัศนคติ และพฤติกรรมของเด็กและวัยรุ่น (ปริยานุช อุทัยรัมย์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์, 2563) โดยในบางครอบครัวอาจมีสมาชิกที่สูบบุหรี่เป็นประจำ เช่น พ่อแม่ หรือปู่ย่าตายาย ซึ่งเมื่อเด็กหรือวัยรุ่นเห็นการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นเรื่องปกติ พวกเขาจึงสามารถอนุมานได้ว่าการสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องลังเล หรือรู้สึกผิด และสามารถสร้างทัศนคติที่เชื่อมโยงว่าถ้าผู้ปกครองสูบบุหรี่ได้ เด็กหรือวัยรุ่นก็สามารถสูบบุหรี่ได้เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีการสร้างทัศนคติที่ผิดว่าการสูบบุหรี่เป็นการแสดงออกถึงความเป็นผู้ใหญ่ และหากต้องการเป็นผู้ใหญ่จะต้องมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ด้วยในส่วน of สิ่งแวดล้อมทางสังคม การเข้าสังคมในกลุ่มที่มีการสูบบุหรี่จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าเขาจำเป็นต้องสูบบุหรี่เช่นกันเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม และสามารถเข้ากับคนอื่นได้ ในขณะเดียวกัน สื่อโฆษณาก็มีบทบาทสำคัญในการสร้างค่านิยมที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ โดยการโฆษณาสร้างแรงจูงใจให้วัยรุ่นรู้สึกชื่นชอบในผลิตภัณฑ์บุหรี่ ซึ่งส่งผลให้เกิดความนิยมในการสูบบุหรี่อย่างแพร่หลาย (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2565)

ในระดับโลกมีการรณรงค์ให้ประเทศต่าง ๆ ตระหนักถึงการทำให้ประชากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยในแนวคิดที่เรียกว่าความรู้ทางสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งความรู้ทางสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้มีการให้คำนิยามว่า เป็นทักษะทาง สังคมและปัญญาก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของ บุคคล เพื่อให้เข้าถึง เข้าใจ สารสนเทศที่ได้รับเพื่อส่งเสริม และดำรงรักษาสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกได้รณรงค์ และประกาศเชิญชวนให้

ประเทศสมาชิกมุ่งเน้นการพัฒนา และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อสร้าง และพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการดำรง รักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน (WHO, 2016) เนื่องจากการพัฒนาสุขภาพส่งผลกระทบต่อความสามารถของประชาชนในการ ชี้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ของประชาชน องค์ประกอบที่สำคัญของความ รอบรู้ทางสุขภาพที่นำมาใช้วัดในการศึกษาเพื่อสร้างเครื่องมือวัดความรอบรู้ทางสุขภาพ (จารุวรรณ สอนงญาติ, พิศิษฐ์ พลธนะ, เนติยา แจ่มทิม, ลักขณา ศิริธิกรกุล และเมทนี ระดาบุตร, 2562) ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสารข้อมูล ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การสอนโดยการใช้องค์ความรู้ในการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบใช้คำถามเพื่อเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา เป็นการสอนด้วยการจัดการเรียนรู้แบบใช้คำถามและวิธีการที่หลากหลาย เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ ซึ่งการจัดการเรียนรู้แบบสื่อรูปแบบต่าง ๆ เป็นกระบวนการการเรียนรู้ที่มุ่งพัฒนาระบบการทางความคิดของผู้เรียน โดยผู้สอนสามารถพัฒนาความคิดของผู้เรียนให้ผู้เรียนใช้ความคิดเชิงเหตุผล วิเคราะห์วิจารณ์ สังเคราะห์หรือการประเมินค่า สิ่งเหล่านี้เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน (บุรฉัตร จันทรแดง, 2560)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญที่จะเป็นแกนนำหรือต้นแบบทางด้านสุขภาพให้กับวัยรุ่นทั้งในสถาบัน ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคต ซึ่งเป็นผู้ที่จะต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ ป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน (พัชรภรณ์ ไซสังข์, ประภาส ธนะ, รัชพร ศรีเดช, และนพภัสสร วิเศษ, 2563) นักศึกษาเป็นผู้มีบทบาทในการส่งเสริมความรู้ในการป้องกันโรค โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากแนวคิดนี้ระบุให้คนมีศักยภาพในการมีความรู้เข้าใจ พื้นฐานของการดูแลสุขภาพ เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ และพัฒนาตนเองเพื่อการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดีในการป้องกันโรค การให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมจะช่วยให้ประชาชนสามารถตัดสินใจและดำเนินชีวิตในทางที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์สภาพปัญหา และความเป็นมาดังกล่าวได้แสดงให้เห็นว่าควรมีการป้องกันการระบาดของบุหรี่ในรูปแบบต่าง ๆ ในเยาวชน เช่น บุหรี่ไฟฟ้า ซิกาเลต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาวิจัยการพัฒนาศักยภาพแกนนำนักศึกษาพยาบาลชมรมปลอดบุหรี่ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 -6 ในครั้งนี้เป็นการบูรณาการเพื่อพัฒนาแกนนำของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ให้เป็นแกนนำทางด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในโรงเรียนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทักษะเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการไม่สูบบุหรี่ ลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงเรียน โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมศักยภาพของแกนนำทางด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบให้ยั่งยืนต่อไป ป้องกันวัยรุ่นไม่ให้ติดบุหรี่ รวมถึงลดอัตราการสูบบุหรี่ อัตราการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตในอนาคตได้

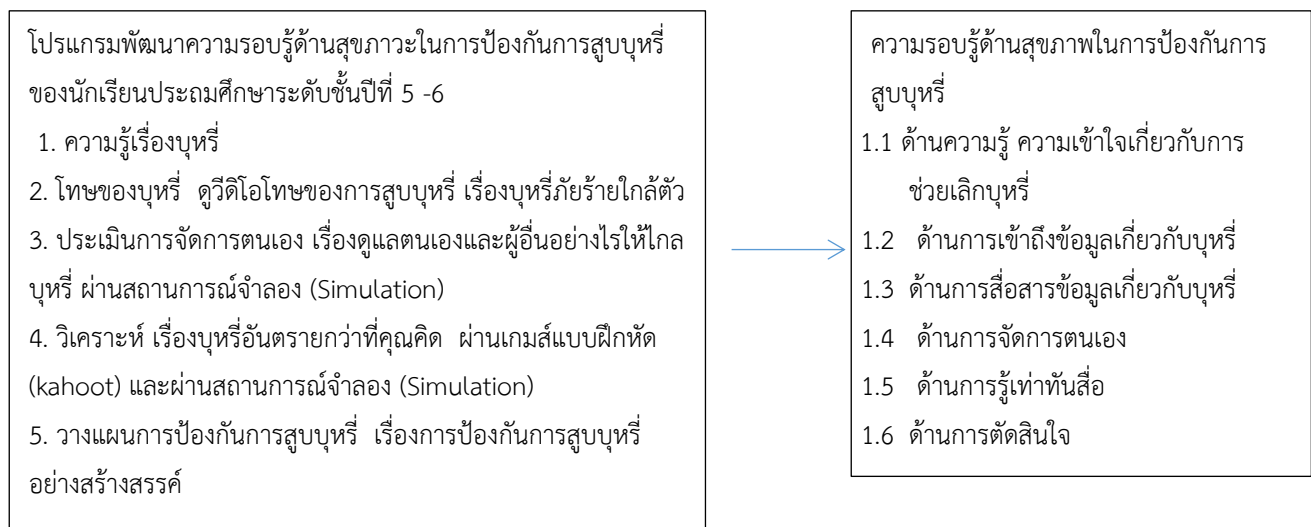
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษา ระดับชั้นปีที่ 5-6 ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษา ระดับชั้นปีที่ 5 -6 ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตามกรอบแนวคิด Health literacy ของ Nutbeam (2009) ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพที่เพียงพอต่อการตีความข้อมูลสุขภาพ และการบริการสุขภาพได้ดี มีความรู้ความเข้าใจที่ดี มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีการตัดสินใจถูกต้อง รู้เท่าทันสื่อ ตลอดจนการจัดการตนเองที่ดี โดยใช้รูปแบบการสอน การจัดกิจกรรมที่สร้างความสนใจ และความสนุกสนานให้แก่ นักเรียน มีกฎเกณฑ์ กติกา ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ การจัดกิจกรรม มีขั้นตอน ดังต่อไปนี้ ชี้นำ การนำสื่อต่าง ๆ มาประกอบ เช่น รูปภาพ สื่อวีดิทัศน์ ผังกราฟฟิก เป็นต้น ตามกรอบแนวคิดที่กำหนด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest control group design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ของโรงเรียนในสังกัดในเขตเทศบาล จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 4 แห่ง ในปีการศึกษา 2565 จำนวน 275 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง ในงานวิจัยนี้คือเด็กวัยรุ่นชายและหญิงที่กำลังเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ภาคการศึกษาที่ 1 ของโรงเรียนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.2 (Faul et al., 2009) การทดสอบ Mean: Difference between two independents mean สำหรับการทดสอบทางเดียว กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power test) .80 และค่าอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .50 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 96 คน

กลุ่มตัวอย่างโดยมีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และคัดเลือกตามขั้นตอน ดังนี้

เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มเลือกโรงเรียนอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 1 โรงเรียน และเป็นกลุ่มควบคุม อีก 1 โรงเรียน จากนั้นเลือกนักเรียนโดยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 เลือกเข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 50 คน

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) นักเรียนมีความพร้อม และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้
- 2) ไม่เคยใช้สารเสพติดใดๆ มาก่อน
- 3) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมค่ายยาเสพติด

กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) สำหรับกลุ่มทดลองคือ ขาดการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้ เป็นระยะเวลา 4 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากการเอกสาร ตำรา วรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สำหรับวัยรุ่นชายและหญิงในสถานศึกษา โปรแกรมนี้ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) Nutbeam (2009) ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ 1. ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ช่วยเลิกบุหรี่ 2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับ บุหรี่ 3. ด้านการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ 4. ด้านการจัดการตนเอง 5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ 6. ด้านการตัดสินใจ โดยโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาในระดับชั้นปีที่ 5-6 ประกอบด้วย โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาในระดับชั้นปีที่ 5-6 1) ความรู้เรื่องบุหรี่ 2) โทษของบุหรี่ ดูวิดีโอโทษของการสูบบุหรี่เรื่องบุหรี่ภัยร้ายใกล้ตัว 3) ประเมินการจัดการตนเอง เรื่องดูแลตนเองและผู้อื่นอย่างไรให้ไกลบุหรี่ผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation) 4) วิเคราะห์ เรื่องบุหรี่อันตราย กว่าที่คุณคิดผ่านเกมส์แบบฝึกหัด (kahoot) และผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation) และ 5) วางแผนการป้องกันการสูบบุหรี่เรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่อย่างสร้างสรรค์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา และการพักอาศัย เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) จำนวน 6 ด้าน ประกอบด้วย 1. ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ

ช่วยเหลือบุหรี จำนวน 4 ข้อ 2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี จำนวน 4 ข้อ 3. ด้านการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี จำนวน 4 ข้อ 4. ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 4 ข้อ 5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 4 ข้อ และ 6. ด้านการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ รวม 23 ข้อ เป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ระหว่าง 1 ถึง 5 คะแนน หมายถึง การปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงน้อยที่สุดถึงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการจำแนกคะแนนเต็ม 100 คะแนน รายด้านและโดยรวมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (วิรัช วรรณรัตน์, 2560)

คะแนน 81-100 หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนน 61- 80 หมายถึง ระดับมาก

คะแนน 41 -60 หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนน 21- 40 หมายถึง ระดับน้อย

คะแนน 1 - 20 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านการพยาบาล 1 ท่าน ด้านการรอบรู้ทางสุขภาวะ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน โดยแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรของการวิจัย (index of Item-objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.6-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างชั้นปีละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค Cronbach, L.J, (1990) (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

โดยลักษณะของแบบสอบถาม ตอนที่ 2 -4 เป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ของ Likert (Likert R, 1961) 5 ระดับ ประกอบด้วยเกณฑ์ในการให้คะแนนตามความคิดเห็น ดังต่อไปนี้

ระดับ 5 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงมากที่สุด มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน

ระดับ 4 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงมาก มีค่าเท่ากับ 4 คะแนน

ระดับ 3 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงปานกลาง มีค่าเท่ากับ 3 คะแนน

ระดับ 2 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงน้อย มีค่าเท่ากับ 2 คะแนน

ระดับ 1 หมายถึง ระดับการปฏิบัติตรงกับสภาพเป็นจริงน้อยที่สุด มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน

ผู้วิจัยได้ทำการประมวลผลค่าเฉลี่ยความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามความคิดเห็นนี้ จากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้ไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ในการแบ่งค่าเฉลี่ยความเหมาะสมตามความคิดเห็นของเบสต์ (Best, 2003) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

4.51 - 5.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่มากที่สุด

3.51 - 4.50 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่มาก

2.51 - 3.50 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่ปานกลาง

1.51 - 2.50 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่น้อย

1.00 - 1.50 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่น้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยมีหนังสือชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง วิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี (EC 008/2566) จากคณะกรรมการจริยธรรม (IRB) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี แก่ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ผู้อำนวยการโรงเรียน และแก่ผู้ปกครองนักเรียน และขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคลแต่จะนำเสนอเฉพาะภาพรวม

2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบและลงนามแสดงความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย การปฏิเสธหรือยุติ การเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในแบบสอบถาม

4. ข้อมูลของผู้ยินยอมถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การดำเนินการวิจัย

ระยะก่อนการทดลอง

- ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวมข้อมูลและดำเนินการทดลอง กับโรงเรียนเทศบาล 2 วัดประตูลำ อ.เมือง จ. สุพรรณบุรี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

- นัดหมายนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ครู และผู้ปกครอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การขอความยินยอมอย่างเป็นทางการลายลักษณ์อักษร

- ทำการวัดระดับความรู้ทางสุขภาวะในการป้องกันการเสพยาโดยใช้แบบสอบถามก่อนทดลอง (pretest) โดยใช้เวลา 30 นาที

- นัดหมายการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะทดลอง

ดำเนินกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ทางสุขภาวะฯ โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ ผ่านเกมส์แบบฝึกหัด (kahoot) และแบบทดสอบ (Quiz test) ใช้เวลา 15 นาที

2. ดูวิดีโอโทษของการสูบบุหรี่ เรื่องบุหรี่ภัยร้ายใกล้ตัว ใช้เวลา 15 นาที

3. ประเมินการจัดการตนเอง เรื่องดูแลตนเองและผู้อื่นอย่างไรให้ไกลบุหรี่ ผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation) โดยมีขั้นเตรียม ดังต่อไปนี้

1) แบ่งกลุ่มทดลองเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ โดยใช้เวลา 4 สัปดาห์

กลุ่มที่ 1 เรียนรู้ผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation) ใช้ Scenario ดูแลตนเองและผู้อื่นอย่างไรให้ไกลบุหรี่ โดยแบ่งผู้เรียนเป็น 2 กลุ่มใหญ่ และ 6 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 คน และให้กลุ่มทดลองในแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นแสดงสถานการณ์จำลอง จำนวน 4 คน และผู้สังเกตการณ์จำนวน 3-4 คน

กลุ่มที่ 2 เรียนรู้แบบกัญชาผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation) ใช้ Scenario ดูตนเองและผู้อื่นอย่างไรให้ปลอดภัย โดยแบ่งผู้เรียนเป็น 6 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 8 คน และให้กลุ่มทดลองแบ่งหน้าที่กันภายในกลุ่มย่อยโดยแบ่งกลุ่มทดลองที่แสดงสถานการณ์จำลอง จำนวน 4 คน และผู้สังเกตการณ์จำนวน 3-4 คนทุกกลุ่ม

2) ขั้นนำ (Pre-Brief)

- บอกวัตถุประสงค์ในหัวข้อที่เรียนรู้
- ปฐมนิเทศสถานที่ในโรงเรียนแก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 ถึงวัตถุประสงค์ การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในห้องที่จัดเตรียม Simulation

- แนะนำสมาชิกในสถานการณ์จำลอง และทีมผู้วิจัย

- เน้นให้กลุ่มทดลองนำความรู้ที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการแสดงบทบาทที่กำหนด

- ให้กลุ่มทดลองแบ่งบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายในสถานการณ์จำลอง

3) ขั้นปฏิบัติตามสถานการณ์ (Scenario)

- กลุ่มทดลองปฏิบัติตามบทบาทของสถานการณ์จำลอง

- ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ผู้เรียนในสถานการณ์ต้องการตามความเหมาะสม

- ผู้วิจัย/ผู้สังเกตการณ์สังเกตและบันทึกพฤติกรรมกลุ่มทดลองในสถานการณ์

- ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดการตระหนักรู้ถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ที่แย่ง

- ผู้วิจัยกระตุ้นการเรียนรู้ และให้สถานการณ์ดำเนินการต่อกรณีกลุ่มทดลองไม่สามารถแก้ปัญหาได้ หรืออาจหยุดสถานการณ์เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มทดลองดึงความรู้และทักษะที่มีอยู่มาใช้ เพื่อให้กลุ่มทดลองดำเนินสถานการณ์ต่อไปได้อย่างสมบูรณ์

4) ขั้นสรุปการเรียนรู้ (Debriefing)

- ให้กลุ่มทดลองที่แสดงสถานการณ์จำลอง สะท้อนความรู้สึกและสะท้อนคิดเกี่ยวกับการแสดงบทบาทของตนเองหากได้แสดงใหม่อีกครั้ง

- ให้กลุ่มทดลองผู้สังเกตการณ์ของแต่ละกลุ่มย่อยสรุปสิ่งที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมกลุ่มทดลองที่แสดงตามสถานการณ์

- ผู้วิจัยให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เพื่อให้กลุ่มทดลองวิเคราะห์ตนเองและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติ การตัดสินใจแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จำลอง และสามารถประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง

- ผู้วิจัยให้กำลังใจโดยการเสริมแรงบวกในสิ่งที่ทำได้ดี ส่วนข้อบกพร่องจะไม่ตำหนิ แต่จะให้ข้อมูลหรือแนวปฏิบัติที่ถูกต้อง

- กลุ่มทดลองทั้งชั้นเรียนร่วมแสดงความคิดเห็นและสรุปความรู้ที่ได้รับร่วมกัน

- ผู้วิจัยสรุปประเด็นและอธิบายความคิดเห็นข้อสงสัยที่แตกต่างให้เข้าใจตรงกันอย่างชัดเจน

- ผู้วิจัยสรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการเรียนจากสถานการณ์จำลอง และส่งเสริมสนับสนุนการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติ รวมใช้เวลา 60 นาที

5. วิเคราะห์ เรื่องบุหรือันตรายกว่าที่คุณคิดผ่านเกมส์แบบฝึกหัด (kahoot) และผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation) ใช้เวลา 30 นาที

6. วางแผนการป้องกันการสูบบุหรืเรื่องการป้องกันการสูบบุหรือย่างสร้างสรรค์ ใช้เวลา 30 นาที ผ่านเกมส์แบบฝึกหัด (kahoot) และผ่านสถานการณ์จำลอง (Simulation) ใช้เวลา 30 นาที

รวมกิจกรรม 120 นาที

ดำเนินกิจกรรมสำหรับกลุ่มควบคุม โดยการสอนสุขศึกษาและให้ความรู้ตามปกติโดยการบรรยายในเรื่องโทษของบุหรืตามกิจกรรมการเรียนรู้นอกชั้นเรียนเวลากิจกรรมพัฒนานักศึกษา ใช้เวลา 60 นาที

ระยะหลังการทดลอง

- ใช้แบบสอบถามหลังทดลองติดตามผล โดยการนัดพร้อมกันในช่วงเวลาชั่วโมงกิจกรรมพัฒนานักศึกษา โดยเว้นระยะห่างจากการทดลอง 4 สัปดาห์ ใช้เวลา 30 นาที และหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถาม และ สรุปผลการดำเนินงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลจะเป็นความลับ

- นำโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ ไปใช้กับกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจ

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ (Assessment) ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลโดยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเยาวชน เพื่อประเมินสภาพของปัญหาการสูบบุหรืของเยาวชน และเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างภาคีการทำงานร่วมกันกับโรงเรียน (Establishing contact create commitment) การสร้างภาคีการทำงานร่วมกันกับโรงเรียน โดยการประชุมวางแผนทำงานระหว่างวิทยาลัยกับผู้รับผิดชอบของโรงเรียนที่สนใจเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างเสริมศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง (Capacity Building) การวางแผนเสริมสร้างศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ชมรมปลอดบุหรื วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ตามกิจกรรมที่กำหนด

กิจกรรมที่ใช้พัฒนาศักยภาพของนักศึกษา ได้แก่

1. การอบรมให้ความรู้ในเรื่อง พิษภัยบุหรื กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมยาสูบ และเทคนิคการให้ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรืและการเลิกบุหรื จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง รวม 6 ชั่วโมง

2. การประชุมแกนนำนักเรียนพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ชมรมปลอดบุหรื วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เพื่อระดมสมองคิดรูปแบบโครงการ ออกแบบสื่อต่างๆ ที่จำเป็นในการทำกิจกรรม และเตรียมจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ ก่อนลงมือทำ

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรืในเยาวชน (Implementation) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาการสูบบุหรืในเยาวชน ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1- 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี โดยนำผลการเรียนรู้ไปสู่การถ่ายทอดให้แก่นักเรียนซึ่งเป็นเยาวชน

กิจกรรมโครงการ ประกอบด้วย จัดนิทรรศการ จำนวน 1 ครั้ง (สอนสุขศึกษา, จัดบอร์ดให้ความรู้ พิษภัยบุหรี่ การออกแบบเกมส์ สื่อรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ เช่นโปสเตอร์ แผ่นป้าย แผ่นพับ เป็นต้น) การเดินรณรงค์จำนวน 2 ครั้ง ให้นักเรียนดูวิดีโอ จำนวน 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 3 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม (Evaluation) คณะผู้วิจัยและนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1-4 ชมรมปลอดบุหรี่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ได้ร่วมกันประเมินผลการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม โดยมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาวะในการป้องกันการการสูบบุหรี่ของนักเรียน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (mean: *M*) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: *SD*)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาวะในการป้องกันการการสูบบุหรี่ของนักเรียนในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนเรียนและหลังเรียน โดยการทดสอบค่าที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาวะโดยการเรียนรู้ผ่านเกมส์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ปกติ โดยการทดสอบค่าที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69 มีอายุอยู่ในช่วง 12-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 98 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 93 ขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุอยู่ในช่วง 12-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 96 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 98 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของนักเรียนประถมศึกษา จำแนกตามกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาวะโดยการเรียนรู้ผ่านเกมส์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ปกติ (n = 90)

รายการ	กลุ่มทดลอง (n=45)		กลุ่มควบคุม (n=45)	
	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เพศ				
- หญิง	31	69	27	60
- ชาย	14	310	18	40
อายุ				
< 12 ปี	1	2	2	4
≥15 ปี	44	98	43	96
ศาสนา				
- พุทธ	42	93	44	98
- คริสต์	1	2	1	2
- อิสลาม	2	5	0	0

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่โดยการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมฯ ของนักศึกษาพยาบาลชมรมปลอดบุหรี่ก่อนเรียนและหลังเรียน พบว่า คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาวะของกลุ่มทดลองภายหลังเรียนด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 65.27, SD = 2.74$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งอยู่ในระดับน้อย ($M = 36.53, SD = 2.81$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 14.58, p\text{-value}=.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับ และการทดสอบทีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังเรียนด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ทาง สุขภาวะ ($n = 48$)

การทดสอบ	คะแนน (เต็ม100)	SD	ระดับ	t	p-value
ก่อนการทดลอง	36.53	2.94	น้อย	14.58	0.001*
หลังการทดลอง	65.27	2.80	มาก		

* $p < 0.001$

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่โดยการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมฯ ของนักศึกษาพยาบาลชมรมปลอดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาวะของกลุ่มทดลองภายหลังเรียนด้วยโปรแกรมฯ อยู่ในระดับมาก ($M = 64.79, SD = 2.80$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเรียนในแบบปกติอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 42.65, SD = 2.96$) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.86, p\text{-value} = .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับ และการทดสอบทีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่โดยการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมฯ ของนักศึกษาพยาบาลชมรมปลอดบุหรี่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่การเรียนรู้แบบปกติ

กลุ่ม	n	คะแนน (เต็ม100)	SD	ระดับ	t	p
ทดลอง	45	65.27	2.80	มาก	13.74	0.001*
ควบคุม	45	43.75	2.89	ปานกลาง		

* $p < 0.001$

อภิปรายผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษา ระดับชั้นปีที่ 5-6 ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษา ระดับชั้นปีที่ 5-6 ระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ

ผลจากการศึกษาการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียน ประถมศึกษาระดับชั้นปีที่ 5-6 ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาวะในการ ป้องกันการสูบบุหรี่ และระหว่างกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาวะในการป้องกันการสูบบุหรี่ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาวะเพื่อการลด เลิกบุหรี่หลังทดลองมีระดับความ รอบรู้เพิ่มขึ้นทั้ง 6 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากแนวคิดของ Nutbeam (2009) เกี่ยวกับ Health literacy ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการ สื่อสาร (Communication skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาวะที่เพียงพอต่อการตีความข้อมูลสุขภาพ และการบริการสุขภาพได้ดี มีความรู้ความเข้าใจที่ดี มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีการตัดสินใจถูกต้อง รู้เท่าทันสื่อ ตลอดจนการจัดการตนเองที่ดีรวมถึง งานวิจัยได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้รูปแบบการสอนที่หลากหลาย การจัดกิจกรรมที่สร้างความสนใจและความสนุกสนาน ให้แก่นักเรียน ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ การนำสื่อต่าง ๆ มาประกอบ เช่น เกมส์ รูปภาพ สื่อวีดิทัศน์ ผังกราฟฟิก เป็นต้น เพื่อสร้างความสนใจเชื่อมโยงนำเข้าสู่เนื้อหาที่จะเรียนรู้ (กันตธสิทธิ์ พิมพ์สอาด และอิทธิพัทธ์ สุวทันพรกุล, 2562) สอดคล้องกับภาสกร เนตรทิพย์วัลย์ (2564) ที่ศึกษาผลโปรแกรมการจัดการเรียนรู้เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันพฤติกรรมสูบบุหรี่ในวัยรุ่นตอนต้น พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกฤตา สวนแก้ว และศิวพร อึ้งวัฒนา (2564) ที่ศึกษาปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ สัมพันธ์กับพฤติกรรมสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของวัยรุ่นพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับสูง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ และการเลิกบุหรี่ หลังทดลองระดับความรู้เพิ่มขึ้น และยังสอดคล้องกับ ปรัชพร กลีบประทุม (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ ในตำบลบางแก้ว พบว่า ระดับความรู้เพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับสูง พรณปพร ลีวิโรจ และอรรณณ คุณสน (2559) ศึกษาผลการพัฒนาโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นนอกระบบการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลาง ซึ่งความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสูบบุหรี่ของวัยรุ่น (สุกฤตา สวนแก้ว และศิวพร อึ้งวัฒนา, 2564) สอดคล้องกับภาสกร เนตรทิพย์วัลย์ (2564) ที่พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้โดยรวมและองค์ประกอบ 6 ด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ซึ่งการรู้เท่าทันสื่อไม่สอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ อาจเนื่องจากทฤษฎี จำนวนครั้ง และความถี่ในการจัดโปรแกรมแตกต่างกัน ส่วนผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการลดพฤติกรรมดื่ม

แอลกอฮอล์ของวัยรุ่นชาย พบว่าค่าเฉลี่ยความรอบรู้เพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และสอดคล้องกับจรูณรักษ์ ยี่งู และคณะ (2561) พบว่าการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อ ลด ละ เลิกพฤติกรรมการสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเด็กและวัยรุ่นมีความรู้เพิ่มขึ้น และคะแนนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) เปรียบเทียบค่ามัธยฐานจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน พบว่าค่ามัธยฐานจำนวนบุหรี่ที่สูบ 3 มวนต่อวัน(ต่ำสุด 0.5 สูงสุด 9.0) น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กและเยาวชนมีข้อมูลสถานการณ์ทางสังคมของเด็กและเยาวชนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะสามารถใช้เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันการสูบบุหรี่ตลอดจนเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบในการพิจารณาวางแผนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาทางสังคมในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลและด้านการศึกษาพยาบาล ควรใช้สื่อการเรียนการสอนที่หลากหลายและทันสมัย เช่น วิดีโอ อินโฟกราฟิก หรือแอปพลิเคชันมือถือ ที่ช่วยในการถ่ายทอดข้อมูลและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอันตรายของการสูบบุหรี่ และควรเสริมทักษะการตัดสินใจและการปฏิเสธในสถานการณ์จริงที่อาจเกิดขึ้น เช่น วิธีการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนสูบบุหรี่จากเพื่อน

2. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพื่อส่งเสริมและพัฒนาโปรแกรมการป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในนักเรียน

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหาร คณาจารย์ ที่ให้คำแนะนำ รวมทั้งสนับสนุนด้วยดีตลอดมา จนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2559). *ความรู้พื้นฐานและประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ไนซ์ เอิร์ธ ดีไซน์.
- กองสถิติเศรษฐกิจ. (2567, 3 เมษายน). *การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/jj?set_lang=th
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567, 3 เมษายน). *แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ*. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. <https://hed.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/06/แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ.pdf>
- กันต์ธสิทธิ์ พิมพ์สอาด และ อิทธิพัทธ์ สุวทันพรกุล. (2562). ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบเน้นประสบการณ์เพื่อส่งเสริมความรู้ ความตระหนัก และทักษะปฏิบัติด้านอค์ภัยของนักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 สังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารพัฒนาการเรียนการสอน มหาวิทยาลัยรังสิต*, 13(1), 1-13.

- จรูณรักษ์ ยี่ภู่ อุษา คงทอง และ บุญเรือง ศรีเหรียญ. (2561). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อลด ละ เลิก พฤติกรรมการสูบบุหรี่สำหรับผู้ป่วยยาเสพติดเด็กและวัยรุ่น. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์)*. 8(1). 131 -142.
- จารุวรรณ สอนงญาติ พิศิษฐ์ พลธนะ เนติยา แจ่มทิม ลักษณะ ศิริธิรกุล และ เมทนี ระดาบุตร. (2562). ผลของโปรแกรม การสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาวะโดยการเรียนรู้ผ่านเกม ต่อความรอบรู้ทางสุขภาวะในการป้องกันการเสพยา ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 5(2), 14-27.
- จิรภัทร์ รัตนขมภู และ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2563). การป้องกันนักสูบบุหรี่หน้าใหม่ สังคมไทยต้องเปลี่ยนแปลง. *วารสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 12(1), 13-27.
- บุรฉัตร จันท์แดง. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดง หลวงวิทยา อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. [วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม].
- ประกิต วาทีสาธกิจ. (2562). การสูบบุหรี่ของเยาวชน. *มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย*.
- ปรีชพร กลีบประทุม ศรีณญา เบญจกุล มณฑา เก่งการพานิช และ ธราดล เก่งการพานิช. (2559). ผลของโปรแกรม ส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ ในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. *วารสารวิชาการ Veridian E - Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 3(4), 30-43.
- ปรียานุช อุทัยรัมย์ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และ พรนภา หอมสินธุ์. (2563). ผลของกระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ชุมชน ต่อทัศนคติและความตั้งใจในการไม่สูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายในสถานสงเคราะห์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 43(1), 10-18.
- พรรณปพร ลีวิโรจน์ และ อรวรรณ คุณสน. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลด ละ เลิก บุหรี่ของนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในสถาบันแห่งหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. *วารสารสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 30(3), 160-170.
- พัชรภรณ์ ไชยสังข์ ประภาส ธนะ รัชพร ศรีเดช และ นพภัสสร วิเศษ. (2563). ประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพ ด้านความรู้ และทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ทางออนไลน์ในสถาบันการศึกษาในแก่นน่านักศึกษา พยาบาล. *วารสารพยาบาล*, 69(1), 36-43.
- ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์. (2564). โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ในวัยรุ่นตอนต้นโดยประยุกต์การจัดการเรียนรู้แบบปรากฏการณ์เป็นฐาน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
- วิรัช วรรณรัตน์. (2560). คะแนนสอบและการตัดเกรด. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ*, 2(3), 1-11.

- สุกฤตา สอนแก้ว และ ศิวพร อึ้งวัฒนา. (2564). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุราของวัยรุ่น ตำบลยางนึ่ง อำเภอสарภักดิ์ จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 14(2), 93-106.
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2565). *พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ประมวลกฎหมายยาเสพติด พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาความอาชญา พ.ศ. 2550 (แก้ไขเพิ่มเติม ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2564)*. บันทึกรายการ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย*. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2003). *Research in Education. 9th Edition, Prentice-Hall of India Private Limited, New Delhi*.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychology testing (5th ed.)*. New York: Harper.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Likert, R. (1961). *New Pattern of Management*. Lipham.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int. Journal Public Health*, 54, 303-305. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-009-0050-x>
- World Health Organization. (2016). *Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/42049>

การปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัดโดยการแก้ปัญหา: กรณีศึกษา

ชาลินี หนูชูสุข, พย.ม.*

สุทธนันท์ กัลละ, พย.ม.* และปภาจิต บุตรสุวรรณ, พย.ม.**

บทคัดย่อ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต บางรายอาจนำไปสู่ความคิดทำร้ายตนเอง การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาเชิงบวก เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้และลดอาการซึมเศร้า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นบทบาทที่อาจารย์พยาบาลนำความรู้ ประสบการณ์ให้การดูแลผู้ป่วย บทความนี้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่บำบัดโดยการแก้ปัญหาในขณะปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ฝึกการทำความเข้าใจกับปัญหา ฝึกการค้นหาและระบุปัญหา ฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกการแก้ปัญหา ฝึกการตัดสินใจ ฝึกการลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และการคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล ผลที่ลัพธ์จากการบำบัดผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีคิดในการมองปัญหา เข้าใจปัญหา มองปัญหาทางบวก มีทางเลือกและแนวทางการแก้ไขปัญหาย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น การบำบัดโดยการแก้ปัญหาก็เป็นแนวทางที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ในพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยลดการกลับเป็นซ้ำได้

คำสำคัญ: การปฏิบัติการพยาบาล การบำบัดโดยการแก้ปัญหา ซึมเศร้า

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี กรุงเทพมหานคร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** โรงพยาบาลศรีธัญญา

Corresponding E-mail: Suthanan.k@bcn.ac.th

(Received: October 11, 2024; Revised: February 20, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Faculty nursing practice in problem-solving therapy: A case study

Chalinee Nuchusuk, M.N.S.*

Suthanan Kunlaka, M.N.S.* & Pabhajit Budsuwan, M.N.S.**

Abstract

Depression is a mood disorder that significantly impacts daily life and, in severe cases, may lead to self-harming thoughts. Problem-Solving Therapy (PST) is a therapeutic approach that focuses on developing positive problem-solving skills, enabling patients to manage daily challenges and reduce depressive symptoms. Faculty nursing practice plays a crucial role in integrating theoretical knowledge and clinical experience to enhance patient care. This article presents a case study of an adult patient who underwent PST within the context of faculty nursing practice over six weeks. The therapy followed six key steps: training in problem orientation, training in problem definition, training in generating alternative solutions, training in decision-making, training in solution implementation and verification, and maintaining problem-solving skills for long-term application. The results indicate that the patient demonstrated improved cognitive restructuring, a better understanding of problems, a more positive outlook, and a more rational approach to problem resolution. These findings suggest that PST is an effective intervention that psychiatric nurses can utilize to enhance patients' problem-solving abilities, ultimately reducing the likelihood of depressive relapse.

Keywords: Problem-solving therapy Depression Faculty practice

*Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

**Srithanya Hospital

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะเด่นคือ ความรู้สึกเศร้าลึกหรือสูญเสียความสนใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยเพลิดเพลิน มีผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน อาจมีอาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้สึกสิ้นหวังหรือไร้ค่า การเปลี่ยนแปลงความอยากอาหารหรือน้ำหนัก การนอนหลับผิดปกติ การสูญเสียพลังงานหรือความรู้สึกเหนื่อยล้า การยากลำบากในการมีสมาธิหรือการตัดสินใจ ความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตาย (American Psychological Association, 2023) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยมีหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม สารสื่อประสาท ฮอร์โมน ปัญหาสัมพันธภาพ เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ รวมถึงการแก้ปัญหาทางสังคม (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, ภาคินี เดชชัยยศ, 2562) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่า เมื่อผู้ป่วยประสบกับเหตุการณ์ความเครียดส่วนใหญ่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาเป็นภาพรวม ไม่สามารถแยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อย ขาดความสามารถในการใช้ความคิดไตร่ตรองวิธีการแก้ปัญหา ปฏิเสธ หลีกหนีปัญหา เมื่อผู้ป่วยขาดทักษะในการจัดการกับปัญหาทำให้ปัญหาที่มีสะสมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า ไม่มีความหมาย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่มีใครสามารถช่วยเหลือตนได้ (สุณิสรา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์, 2554) ส่งผลให้อาการของโรคซึมเศร้ากลับเป็นซ้ำหรือมีความรุนแรงมากขึ้น

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การรักษาด้วยยาเพื่อปรับสมดุลสารเคมีในสมอง และการรักษาทางจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและสาเหตุที่ทำให้ตนเองเป็นทุกข์ ซึมเศร้า เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เช่น การรักษาแบบปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อมุ่งแก้ไขแนวคิดของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับความจริงมากขึ้น และใช้ทักษะใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้นในการแก้ปัญหา (มานิช หล่อตระกูล และทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล, 2567) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy: PST) เป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับปัญหาชีวิตและลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากปัญหา ความแตกต่างของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ที่แตกต่างการบำบัดวิธีการอื่น ๆ คือ การบำบัดโดยการแก้ปัญหามุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน พัฒนาทักษะในการระบุและแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน สามารถนำทักษะการแก้ปัญหามาใช้ในการฝึกหรือพัฒนาไปใช้ในการแก้ปัญหาในอนาคตซึ่งจะช่วยลดการเกิดปัญหาซ้ำ (เมธี สุทธิศิลป์ และวลัยลักษณ์ พันธุรี, 2566) นอกจากนี้การบำบัดโดยการแก้ปัญหามีระยะเวลาที่สั้น มีความยืดหยุ่นในการบำบัด สามารถกำหนดจำนวนครั้ง หรือรอบเวลาการบำบัดได้ และเป็นการบำบัดที่ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้ง่าย (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.)

จากข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562 กำหนดให้สถาบันการศึกษาต้องวางแผนและพัฒนาอาจารย์ด้านจำนวน คุณวุฒิ ตำแหน่งทางวิชาการรวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (faculty practice) ซึ่งเป็นการนำความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาลไปให้บริการผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลของตนเองอย่างต่อเนื่อง (สภาการพยาบาล, 2563) การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ ต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างการสอน การวิจัย การปฏิบัติการพยาบาล และการบริการวิชาการเพื่อพัฒนาความเป็นวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับ มีการบูรณาการความเป็นนักวิชาการ นักการศึกษา การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาลสู่การพัฒนาคุณภาพการ

พยาบาลตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ วิธีการในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถดำเนินการได้หลายวิธี เช่น การดูแลผู้ป่วยโดยตรงซึ่งปฏิบัติเองหรือปฏิบัติร่วมกับพยาบาลหรือแพทย์ ดำเนินโครงการร่วมกับแหล่งฝึกหรือชุมชน เป็นที่ปรึกษาในหน่วยงาน หรือพัฒนารูปแบบการบริการในลักษณะการวิจัยหรือร่วมทำ case conference เป็นต้น (นางนภัทร รุ่งเนย และคณะ, 2565)

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลในบำบัดโดยการแก้ปัญหาให้กับกรณีศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและความซึมเศร้า ปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและช่วยให้บุคคลมีความคิดความเชื่อต่อปัญหาในด้านบวก นำมาซึ่งรูปแบบของการแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์และเป็นเหตุเป็นผล ทำให้มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหา (Problem) การแก้ปัญหา (Problem solving) และวิธีการแก้ปัญหาในมุมมองใหม่ (Solution) เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Rational problem solving) ให้มากขึ้น ช่วยลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายลงจนสามารถลดความคิดการฆ่าตัวตาย หรือไม่มีความคิด (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป.)

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เน้นการฝึกเรื่อง 1) ทักษะการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เป็นการรับรู้ปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้และรับรู้ศักยภาพของตนเองตามความเป็นจริง ในด้านบวกทำความเข้าใจกับการแก้ปัญหาว่าต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ปัญหามากกว่าที่จะใช้วิธีหนีปัญหา และเพิ่มอารมณ์ด้านบวกในการช่วยแก้ปัญหา และ 2) การแก้ปัญหอย่างมีเหตุผล (Rational Problem solving) เป็นการพยายามที่จะเข้าใจและค้นหาปัญหาที่แท้จริง (identified problem) พยายามคิดหาทางออกจากวิธีการแก้ปัญหาหลายๆ ทางเลือก โดยใช้การตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้และลงมือทำการแก้ปัญหามาที่ใดที่กำหนดไว้ พร้อมทั้งตรวจสอบผลของการแก้ปัญหารวมถึงผลดีผลเสียในระยะสั้นและระยะยาว โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบซึ่งไม่สามารถช่วยแก้ปัญหาได้ (D'Zurilla, 1988 อ้างในสุกัญญา สุทธศิลป์, 2559)

รูปแบบการบำบัด มี 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) การบำบัดรายบุคคล คือ กระบวนการบำบัดทางจิตที่ผู้บำบัดและ/หรือผู้ร่วมให้การบำบัด ทำการบำบัดผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาด้านจิตอารมณ์หรือด้านพฤติกรรมครั้งละหนึ่งคน กระบวนการบำบัดอยู่ในกรอบโครงสร้างที่กำหนดมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การรับรู้ การมองโลกและพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเกิดได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดในกระบวนการรักษา มีการวิเคราะห์สภาพของปัญหา สาเหตุของปัญหาและร่วมกันแก้ไขสิ่งที่ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งการบำบัดรายบุคคลเป็นการบำบัดที่เข้าถึงผู้ป่วยได้ง่าย สามารถวางแผนได้ว่าในแต่ละครั้งต้องการให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้หรือเกิดการเปลี่ยนแปลงเรื่องใดบ้าง แต่ยังมีข้อจำกัดเรื่อง อาจไม่เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้รับบริการรายอื่นที่มีประสบการณ์ลักษณะเดียวกัน 2) การบำบัดรายกลุ่ม คือ กระบวนการกลุ่มที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหามาจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม สมาชิกได้รับการประทับประคองจิตใจจากบรรยากาศกลุ่มที่ผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่คล้ายคลึงกัน เกิดการเรียนรู้ทางสังคม มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เกิดผลดีด้านร่างกาย (สุกัญญา สุทธศิลป์, 2559)

กระบวนการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ตามแนวคิดของเดอซูเรลล่า (D'Zurilla, 1988; Nezu & Nezu, 2008 อ้างในสุกัญญา สุทธิศิลป์, 2559) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

1. การทำความเข้าใจกับปัญหา (Training in Problem Orientation) การทำความเข้าใจในปัญหามีเป้าหมายหลัก คือ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาเชิงบวกให้มากขึ้น เพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาผ่านประสบการณ์เชิงบวก

2. การค้นหาและระบุปัญหา (Training in Problem Definition) การสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการรับรู้เมื่อเกิดปัญหาและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการเลือกปัญหาที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาได้อย่างถูกต้องและเริ่มที่จะแก้ปัญหาได้ ขั้นตอนคือ กำหนดปัญหาให้ชัดเจน กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวบรวมข้อมูลว่าอะไรที่เป็นปัญหา ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อไหร่ ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน ปัญหานี้มีใครเกี่ยวข้องบ้าง ระยะเวลาที่ปัญหาเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน ในอดีตที่ผ่านมาใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบใด สามารถควบคุมปัญหานี้ได้หรือไม่ ปัญหาที่แท้จริงที่ได้จากการบำบัดรักษาในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยจะได้รายการของปัญหาเพื่อทำงานร่วมกับผู้บำบัด สิ่งสำคัญคือทำให้ผู้ป่วยมีทักษะที่จำเป็นและสามารถนำไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องในการค้นหาและระบุปัญหา

3. การสร้างหรือหาทางเลือกการแก้ปัญหา (Training in Generation of Alternative) เป็นการกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาที่สามารถแก้ปัญหาได้ และมีการระดมความคิดเพื่อเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาที่เป็นอยู่จริง มีการประเมินความสามารถของตนเองรวมถึงประโยชน์ที่ได้มีความเชื่อมโยงกันเป็นเหตุและผลเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ด้วยความคิดทั้งหมดของผู้ป่วยเอง โดยการระดมความคิด เขียนปัญหา และความสามารถของตนเองไว้

4. การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา (Training in Decision Making) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยมีทางเลือกการแก้ปัญหา ผู้ป่วยจะมองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาในการแก้ปัญหาเชิงลึก และมองทางเลือกในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหามีผลดีผลเสียระยะสั้นและระยะยาว บทบาทของผู้ให้การบำบัดคือ การสอนให้ผู้ป่วยมีการคิดอย่างเป็นขั้นตอน โดยใช้แนวปฏิบัติในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกที่สามารถตัดออกได้ทันที เลือกแนวทางการแก้ปัญหาสองหรือสามทางเลือกนำมาลองใช้และประเมินถึงผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก

5. การลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (Training in Solution implementation and verification) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการแก้ปัญหาที่วางไว้โดยผู้ป่วยมีการบันทึกรายละเอียดไว้ในทุกขั้นตอน

6. การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล (Maintenance and Generalize) มีการทบทวนความก้าวหน้าของผู้ป่วย ในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ซึ่งทำให้เกิดการแก้ปัญหาตามทักษะที่ได้รับการฝึกแล้วอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

การบำบัดโดยการแก้ปัญหามุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหาและเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถแนวคิด กระบวนการไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดในแต่ละช่วงวัยได้ดังนี้ (สุณิสสา ศรีโมอ่อน, อติทยา พรชัยเกตุ โอวอยง, อัจฉราพร สิริหิรวงศ์, 2554; พันธุ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, หทัยรัตน์ ปฏิพันธ์ภักดี, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, 2561; Kazdin & Weisz, 2017; Areán & Raue, 2019)

การประยุกต์ใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในแต่ละช่วงวัย

กระบวนการบำบัด	วันเด็ก (6-12 ปี)	วัยรุ่น (13-18 ปี)	วัยผู้ใหญ่ (19-59 ปี)	วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)
1. การทำความเข้าใจกับปัญหา	ใช้สื่อการ์ตูนหรือตุ๊กตาเพื่อช่วยให้เด็กเข้าใจปัญหา	การสนทนาแบบมีโครงสร้างเพื่อประเมินการรับรู้ปัญหา	การฝึกสติและการให้คำปรึกษาเชิงบำบัด	การสนทนาแบบกลุ่มเพื่อประเมินการรับรู้ปัญหา
2. การค้นหาและระบุปัญหา	ช่วยให้เด็กระบุปัญหาโดยใช้คำถามปลายเปิด	วิเคราะห์ปัญหาโดยใช้ Mind mapping	วิเคราะห์ปัญหาและตั้งเป้าหมายการแก้ปัญหาที่ชัดเจน	ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน
3. การสร้างหรือหาทางเลือกการแก้ปัญหา	กระตุ้นให้เด็กคิดหาทางเลือกปัญหาหลาย ๆ ทาง	ระดมสมองในการหาทางเลือกในการแก้ปัญหา	คิดวิธีการแก้ปัญหาประเมินข้อดี ข้อเสีย	ส่งเสริมให้ลองคิดวิธีการแก้ปัญหาต่าง ๆ
4. การตัดสินใจแก้ปัญหา	ให้เด็กเลือกแนวทางที่เหมาะสมและพยายามลงมือทำ	ประเมินผลดี-ผลเสียของแต่ละทางเลือก	วางแผนการปฏิบัติการแก้ปัญหาและการติดตามผล	ให้พิจารณาความเป็นไปได้ของแก้ปัญหาแต่ละวิธี
5. การลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา	พูดคุยกับเด็กเกี่ยวกับผลลัพธ์การแก้ปัญหาและการเรียนรู้จากกระบวนการ	ทบทวนผลลัพธ์และพัฒนาแนวทางที่ดี	ตรวจสอบความสำเร็จและปรับเปลี่ยนหากจำเป็น	ส่งเสริมการลงมือทำและเรียนรู้จากผลลัพธ์
6. การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล	ส่งเสริมให้เด็กใช้ทักษะการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ เพื่อสร้างความมั่นใจ	ฝึกให้วัยรุ่นนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตประจำวันและทำอย่างต่อเนื่อง	สนับสนุนให้ใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องในที่ทำงานและชีวิตส่วนตัว	ช่วยผู้สูงอายุรักษาทักษะการแก้ปัญหาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและความเป็นอิสระ

จากแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ผู้เขียนได้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Faculty practice) ในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง โดยปฏิบัติตามขอบเขตของวิชาชีพพยาบาล จรรยาบรรณของวิชาชีพพยาบาล และบทบาทของวิชาชีพพยาบาลโดยสร้างความเข้าใจในปัญหาของตนเองให้กับผู้ป่วย สนับสนุนการแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นขั้นตอน และส่งเสริมทักษะต่าง ๆ รวมถึงการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการประสานงานกับพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อรับทราบข้อมูลผู้ป่วย แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ในการปฏิบัติการพยาบาลและขออนุญาตนำผลที่ได้จากการบำบัดในแต่ละครั้งรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้รวมถึงพยาบาลประจำหอผู้ป่วยรับทราบ รายละเอียดการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแต่ละครั้ง ดังต่อไปนี้

กรณีตัวอย่าง

ผู้ป่วยชายอายุ 37 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพอิสระ เป็นบุตรคนเดียวของครอบครัว อุปนิสัยสนุกสนาน ร่าเริง แต่เวลามีปัญหาจะเก็บปัญหาไว้คนเดียว

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 5 เดือนก่อนมา เครียดเรื่องงาน คิดอยากกินยาฆ่าตัวตาย 3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล เครียด คิดอยากตาย กลัวห้ามตัวเอง ไม่ให้ทำร้ายตนเองไม่ได้ ถูกเพื่อนโกงเงิน 200,000 บาท ขาดการรักษาทางจิตเวช ตั้งแต่ มิถุนายน พ.ศ. 2566 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอารมณ์เศร้าเบื่อหน่าย มีความคิดอยากตาย เครียดเรื่องภรรยาเข้ารับการรักษา ที่ รพ.จิตเวช

ประวัติการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยเคยเสพยาโคเคนและยาไอซ์นานๆ ครั้ง ปัจจุบันเลิกแล้ว

ขณะรับการบำบัดได้การรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Bipolar affective disorder, current episode, severe depression without psychotic symptoms

จากการประเมินโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q พบ positive 2 ข้อ 9Q = 19 คะแนน 8Q = 11 คะแนน และทำการประเมินทักษะการแก้ปัญหา 75 คะแนน จากการปฏิบัติกรรพยาบาล ผู้เขียนตั้งวัตถุประสงค์ในการบำบัดให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม โดยใช้ระยะเวลาในการบำบัด 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1

เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การบำบัด ให้ผู้ป่วยเล่าเหตุการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำนวณทางเลือกในการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยใช้พบว่า ผู้ป่วยใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหาระหว่างตนเองกับครอบครัวภรรยาผู้ป่วยแบบหุนหันพลันแล่น มีการเผชิญหน้าต่อกัน ผู้ป่วยเล่าว่าครอบครัวภรรยาผู้ป่วยบอกว่าผู้ป่วยไม่สามารถดูแลภรรยาผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยไม่มีอาชีพที่มั่นคง มีปัญหาเรื่องเงิน และมีประวัติเข้ารับการรักษาทางจิตเวช พ่อของภรรยาจึงพาภรรยาผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้านและไม่ให้ผู้ป่วยพบกับภรรยาผู้ป่วย หลังจากนั้นภรรยาผู้ป่วยทำร้ายร่างกายตนเองโดยการกรีดแขน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่ดี และมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง โดยทุกครั้งที่ผู้ป่วยมองวัตถุใดก็ตาม เช่น ขาเก้าอี้ ไม้จิ้มฟัน ผู้ป่วยบอกว่า วัตถุนั้นสามารถใช้เป็นเครื่องมือที่ทำให้ตนเองฆ่าตัวตายได้

เป้าหมายการบำบัดครั้งนี้คือ ให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาเชิงบวก เพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหาผ่านประสบการณ์เชิงบวก

ซึ่งผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงคือ ผู้ป่วยตระหนักว่า ความคิดอยากทำร้ายของตนเองเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่ดี ทำให้มีวิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น การแก้ไขมุมมองการแก้ปัญหาผู้ป่วยเลือกใช้การแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล มองปัญหาที่เกิดขึ้นในเชิงบวก เป็นเรื่องท้าทาย จะทำให้ตนเองสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ในส่วนที่ครอบครัวภรรยามีมุมมองต่อผู้ป่วยในทางลบนั้น ผู้เขียนไม่ได้มีการพูดคุยกับครอบครัวภรรยาโดยตรง เนื่องจากเมื่อสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 1 ได้พูดคุยส่งข้อมูลกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและรับทราบว่า ภรรยาของผู้ป่วยดให้บุคคลอื่นเยี่ยม ซึ่งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนำข้อมูลแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ต่อไป

ครั้งที่ 2

ฝึกการค้นหาและระบุปัญหา (Training in Problem Definition) เป็นการสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการรับรู้เมื่อเกิดปัญหาและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบุปัญหาที่ชัดเจน ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกในการแก้ไขปัญหา ขั้นตอนนี้เริ่มต้นโดยให้ผู้ผู้ป่วยระบุปัญหาอย่างละเอียดโดยกำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของปัญหา เช่น สถานที่ เวลา และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่ปัญหาเกิดขึ้นบ่อยแค่ไหน ในอดีตที่ผ่านมาใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบใด สามารถควบคุมปัญหานี้ได้หรือไม่

ในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยได้รายการของปัญหาที่ชัดเจนและวางแผนร่วมกับผู้เขียนในการฝึกทักษะการระบุและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งทักษะและการจัดการกับปัญหาสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยเริ่มตระหนักว่าปัญหาหลักของผู้ป่วยคือ ความขัดแย้งระหว่างตนเองกับครอบครัวภรรยา ซึ่งทุกครั้งที่เกิดปัญหา ผู้ป่วยมักทะเลาะกับครอบครัวของภรรยา และใช้สารเสพติดในการรับมือกับปัญหา อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเริ่มมองเห็นว่าปัญหาหลักนี้สามารถแก้ไขได้ และมองว่าเป็น “โอกาส” เนื่องจาก ยังไม่มีการเจรจาและพูดคุยกันแบบเปิดใจ วิธีแก้ปัญหที่ผู้ป่วยเลือก คือ การเริ่มต้นด้วยการขอโทษ และพยายามเข้าใจเหตุผลฝ่ายตรงข้าม ซึ่งจะช่วยให้ทั้งพฤติกรรมและความคิดของตนเองให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในครั้งนีผู้เขียนได้สอนให้ผู้ผู้ป่วยฝึกแก้ปัญหาเชิงบวก ลดการแก้ปัญหาเชิงลบ และอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้น เช่น การพูดระบายเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยกับคนที่ผู้ป่วยไว้วางใจเพื่อลดการสะสมอารมณ์ทางลบ การออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์เพื่อลดอารมณ์เศร้า การหายใจลึกๆโดยสูดลมหายใจเข้าช้า ๆ กลั้นหายใจสั้น ๆ และหายใจออกยาว ๆ ให้ท้องแฟบลงเพื่อลดอารมณ์โกรธหรือความวิตกกังวล การฝึกสติในการจัดการอารมณ์ลบ โดยเมื่อมีอารมณ์โกรธให้หยุดคิดและรับรู้อารมณ์ของตนเอง แยกตัวเองจากสถานการณ์ความขัดแย้งและทำความเข้าใจว่าอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นว่าไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดอารมณ์ทางลบซึ่งผู้ป่วยสามารถสาธิตเทคนิคการลดอารมณ์ทางลบได้

ครั้งที่ 3

ฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกการแก้ปัญหา (Training in Generation of Alternative) เป็นการกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาที่สามารถแก้ปัญหาได้ และมีการระดมความคิดเพื่อเลือกแนวทางในการแก้ปัญหาที่เป็นอยู่จริง มีการประเมินความสามารถของตนเองรวมถึงประโยชน์ที่ได้มีความเชื่อมโยงกันเป็นเหตุและผลเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ด้วยความคิดทั้งหมดของผู้ป่วยเอง โดยการระดมความคิด เขียนปัญหา และความสามารถของตนเองไว้

ในครั้งนี ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา ดังนี้ ขอโทษครอบครัวของภรรยาในทุกสิ่งเพื่อเปิดโอกาสให้การเจรจารับรู้ เจริญเพื่อหาต้นเหตุของปัญหาโดยเน้นการแก้ไขที่ตัวผู้ป่วย และปรับปรุงพฤติกรรมตนเอง พร้อมหาโอกาสแสดงศักยภาพในตนเอง

ครั้งที่ 4

ฝึกการตัดสินใจ (Training in Decision Making) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยมีทางเลือกการแก้ปัญหา ผู้ป่วยจะมองเห็นแนวทางการแก้ปัญหาในการแก้ปัญหาเชิงลึก และมองทางเลือกในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหามีผลดีผลเสีย

ระยะสั้นและระยะยาว บทบาทของผู้ให้การบำบัดคือ การสอนให้ผู้ป่วยมีการคิดอย่างเป็นขั้นตอน โดยใช้แนวปฏิบัติในการตัดสินใจพิจารณาทางเลือกที่สามารถตัดออกได้ทันที เลือกแนวทางการแก้ปัญหาสองหรือสามทางเลือก นำมาลองใช้และประเมินถึงผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก

ในครั้งนี้ ผู้ป่วยกำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ทั้งหมด 4 ทางเลือก คือ การขอโทษ ขอโอกาส เข้าใจเหตุและผลที่ทำให้ครอบครัวภรรยาไม่พอใจผู้ป่วย การเจรจาผ่านบุคคลที่ 3 ได้แก่ เจ้าหน้าที่พนักงานตำรวจเจรจาในแบบทางเลือกแรก การไม่เจรจาและแจ้งความดำเนินคดีทางกฎหมายตามข้อกฎหมายเป็นข้อๆ เป็นรูปธรรมอย่างละเอียดต่อเจ้าหน้าที่ตำรวจ และการวางเฉยต่อปัญหาที่เกิดขึ้นโดยการรับรู้และยอมรับความจริงที่เกิดขึ้น/ ไม่พยายามลืม แต่เรียนรู้ที่จะอยู่กับความทุกข์แบบเป็นผู้ดูตัวทุกข์ ในแต่ละทางเลือกที่ใช้ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยสามารถบอกผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือกได้

ครั้งที่ 5

ฝึกการลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (Training in Solution implementation and verification) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการแก้ปัญหาที่วางไว้โดยผู้ป่วยมีการบันทึกรายละเอียดไว้ในทุกขั้นตอน

ขั้นตอนนี้ผู้เขียนวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการเลือกทางเลือกแต่ละทาง โดยผู้บำบัดให้ผู้ป่วยได้ทบทวนทางเลือกที่ได้เลือกไว้ จากนั้นผู้ป่วยเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนี้ ลำดับแรก ทางเลือกที่ 1 ลำดับที่ 2 ทางเลือกที่ 4 ลำดับที่ 3 ทางเลือกที่ 3 และลำดับที่ 4 ทางเลือกที่ 2

ครั้งที่ 6

การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล (Maintenance and Generalize) มีการทบทวนความก้าวหน้าของผู้ป่วย ในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ซึ่งทำให้เกิดการแก้ปัญหาตามทักษะที่ได้รับการฝึกแล้วอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง

ขั้นตอนนี้ ผู้เขียนทำการประเมิน 2Q พบว่า negative และประเมินทักษะการแก้ไขปัญหา พบว่าผู้ป่วยได้ 85 คะแนน และทบทวนทางเลือกในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ ผู้ป่วยประเมินผลเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด PST คือ ผู้ป่วยได้นำปัญหาที่ซับซ้อนแยกออกมาอย่างเป็นรูปธรรมโดยใบงานของผู้เขียน ทำให้มองเห็นรายละเอียดและทางเลือกมากขึ้น ได้รับคำแนะนำจากคนที่เรารู้สึกไว้วางใจได้และนำไปต่อยอดใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

ผลลัพธ์จากการปฏิบัติการพยาบาล

จากวัตถุประสงค์ในการบำบัดให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนทางเลือกในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม ตลอดการบำบัดทั้ง 6 ครั้ง ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางเลือกในการแก้ไขปัญหาจากเดิมใช้การแก้ปัญหาโดยการโทษตนเองและการทำร้ายตนเอง ปรับเป็น การทำความเข้าใจปัญหาอย่างรอบด้าน ไม่โทษตนเอง ไม่ทำร้ายตนเอง หาวิธีการปรับปรุงพฤติกรรมตนเอง และแสดงศักยภาพตนเองให้ครอบครัวภรรยารับทราบ มีแนวทางการแก้ปัญหา คือ การขอโทษ การเจรจา การปรับพฤติกรรมตนเอง และมีทักษะการแก้ปัญหา คือ การขอโทษ ทำความเข้าใจเหตุและผล การเจรจาผ่านบุคคลที่ 3 การวางเฉยต่อปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งถือว่า บรรลุวัตถุประสงค์ของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา อย่างไรก็ตามหลังสิ้นสุดการรักษา ผู้ป่วยยังคงรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์กรณีศึกษาปัญหาของผู้ป่วยพบว่า สาเหตุของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยปัจจัยหนึ่งคือ การใช้ทักษะการแก้ปัญหาเชิงลบเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ เนื่องจากการเรียนรู้รูปแบบการแก้ปัญหาจากประสบการณ์ในอดีตที่ไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจึงมีการรับรู้ที่ตนเองไม่มีศักยภาพในการแก้ปัญหา ส่งผลให้โรคทางจิตเวชของผู้ป่วยกำเริบมากขึ้น และส่งผลต่อความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง โรคซึมเศร้าเกิดขึ้นจากการรวมกันของปัจจัยภายนอกและภายใน รวมถึงการใช้ยาเสพติด ความผิดปกติของครอบครัว การบาดเจ็บในวัยเด็ก ความเศร้าโศก ความอ่อนแอทางพันธุกรรม และความอ่อนแอทางปัญญาเมื่อบุคคลเผชิญกับความพ่ายแพ้ในชีวิต ผู้ที่มีความสามารถทางจิตต่ำเช่นวัยรุ่นจะประสบกับแรงกดดันทางจิตใจมากขึ้นซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้า (Bob, 2023) โรคซึมเศร้าสามารถรุนแรงขึ้นได้เนื่องจากความล้มเหลวในการแก้ไขปัญหาทางอารมณ์นำไปสู่ความรู้สึกไร้ค่า ความรู้สึกผิดและความสิ้นหวังที่เพิ่มขึ้นสิ่งนี้อาจส่งผลให้เกิดการบิดเบือนทางปัญญาและรูปแบบความคิดเชิงลบซึ่งลดความสมเหตุสมผลและก่อให้เกิดความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (Dajana, 2020) นอกจากนี้ หากโรคซึมเศร้ารุนแรงมากขึ้นและไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษาอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ผลจากการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาครบ 6 ขั้นตอน พบว่า ทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วยดีขึ้นมากจากระบวนการบำบัดที่มีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยทุกช่วงวัย ซึ่งการบำบัดโดยการแก้ปัญหาช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นปัญหาตามความเป็นจริง ช่วยส่งเสริมการมีสติและลดความเครียดที่รับรู้ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการปัญหาทางอารมณ์และมองปัญหาในเชิงบวกมากขึ้น (Zhang, Mingke, Zhuang, 2024) ลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน (Cuijpers, et.al, 2010) การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและอาการที่ตนเองกำลังประสบอยู่ เป็นการเพิ่มความร่วมมือในการรักษา การให้ความรู้ดังกล่าวไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจอาการของตนเองมากขึ้น เพิ่มทางเลือกในการวางแผนการรักษาและการพยาบาลด้วยตนเองส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะฟื้นตัวได้ดียิ่งขึ้น ในกระบวนการบำบัด การสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยระบุปัญหาที่แท้จริงของตนเองโดยไม่มองข้ามปัญหา เป็นแนวทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ผู้ป่วยกำลังเผชิญเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งช่วยลดความกังวลและมุมมองเชิงลบที่มีต่อปัญหา (สุกัญญา สุทธศิลป์, 2559)

การเปลี่ยนมุมมองของผู้ป่วยให้มองปัญหาในแง่บวกและเป็นสิ่งที่สามารถแก้ไขได้ เป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยปรับวิธีการมองปัญหาเดิม ๆ ที่เป็นเชิงลบ ให้กลายเป็นโอกาสในการพัฒนาทักษะและความมั่นใจในการจัดการปัญหา (Nezu et al., 2012) นอกจากนี้ การให้ทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง และเสริมสร้างความมั่นใจในการจัดการปัญหาในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่า การใช้กระบวนการแก้ปัญหาสามารถเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยซึมเศร้า และช่วยลดความรุนแรงของโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ (สุกัญญา สุทธศิลป์, 2559) การบำบัดโดยการแก้ปัญหาส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการแก้ปัญหาและควบคุมสถานการณ์ในชีวิต เสริมสร้างความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง (Self-Efficacy)

นอกจากนี้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเมื่อใช้ควบคู่กับการใช้ยาด้านเศร้ามีผลการศึกษาที่ชัดเจนว่านอกจากลดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ยังช่วยลดระยะเวลาการรับการรักษาในโรงพยาบาลและไม่กลับมารักษาซ้ำใน

28 วันหลังจำหน่าย (พันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, หทัยรัตน์ ปฏิพันธ์ภักดี และจินตนา ลีจ้งเพิ่มพูน, 2561) การบำบัดนี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญได้ดีขึ้น แต่ยังเสริมสร้างความรู้สึกในแง่บวกและความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Cuijpers, et al., 2010) นอกจากนี้ การบำบัดโดยการแก้ปัญหายังได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าในระดับต่ำถึงปานกลาง รวมถึงปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ (Cuijpers, et al., 2017) ทั้งยังช่วยพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ลดระดับความเครียด และเพิ่มการรับรู้ตนเองในการจัดการปัญหาได้ดียิ่งขึ้น (Nezu et al., 2012)

สรุป

การบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพที่สามารถบำบัดได้โดยพยาบาลจิตเวช จากการปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัดกรณีศึกษาผู้ป่วยชาย เข้ารับการรักษาด้วยอาการมีอารมณ์เศร้าเบื่อหน่าย และมีความคิดอยากตาย ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาระยะเวลา 6 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 45 นาที โดยฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา ฝึกค้นหาและระบุปัญหา ฝึกสร้างทางเลือกการแก้ปัญห ฝึกการตัดสินใจ ฝึกการลงมือแก้ปัญห ตรวจสอบผลการแก้ปัญห และคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหและการขยายผล หลังจากการบำบัดผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ได้แก่ มองปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยเหตุผล และวางแผนการแก้ปัญหาย่างเป็นระบบ พัฒนากิจกรรมจัดการอารมณ์ทางลบ ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง มีความมั่นใจในตนเองในการนำทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *คู่มือโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญห*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

<https://suicide.dmh.go.th/ebooks/files/คู่มือโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหฉบับเต็ม.pdf>

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, สิริพิมพ์ ชูปาน, ภาคินี เดชชัยยศ. (2562). การแก้ปัญหทางสังคมและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 87-99.

มานิช หล่อตระกูลและทานตะวัน อวิรุทธวรกุล. (2567). *การรักษาโรคซึมเศร้า*.

[https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/05282014-1001\(in Thai\)](https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/05282014-1001(in Thai))

เมธี สุทธิศิลป์และวัลย์ลักษณ์ พันธุ์. (2566). ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป. *วารสารสมาธิภาวนาสุขภาพชุมชน*, 5(2), 48-59.

นงนภัทร รุ่งเนยและคณะ, 2565 การปฏิบัติการพยาบาล: การเสริมสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาของอาจารย์พยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 5(1), 6-16.

พันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, หทัยรัตน์ ปฏิพันธ์ภักดี, จินตนา ลีจ้งเพิ่มพูน. (2561). การพัฒนาและผลของโปรแกรมการแก้ปัญหเพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 49-65

สภาการพยาบาล. (2563). *คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562*.

นนทบุรีย: บริษัทจุดทองจำกัด

- สุกัญญา สุทธิศิลป์. (2559). ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไป. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุนิสา ศรีโมอ่อน, อติตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2554). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3), 107-116.
- Areán, P. A., & Raue, P. J. (2019). *Problem-Solving Therapy for Older Adults: Evidence-Based Treatment Approaches*. Oxford University Press.
- American Psychological Association. (2023). *Depression*. Retrieved from <https://www.apa.org>
- Bob, Xu. (2023). The causes of major depressive disorder. 12611:126113M-126113M. doi: 10.1117/12.2669489
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2010). Problem-solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 25(1), 8-15.
- Cuijpers, P., et. al. (2017). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 211, 90-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.035>
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2017). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents*. Guilford Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2012). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. Springer Publishing Company.
- Y, Zhang., Mingke, Zhuang. (2024). The Impact of Solution-Focused Thinking on Psychological Health: The Chain Mediation Role of Mindfulness and Perceived Stress. *International journal of social science research and review*, 7(11):75-83. doi: 10.47814/ijssrr.v7i11.2319

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

สุวิพรรณ มาปุ้, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlative study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 180 คน ซึ่งได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากทะเบียนผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวาน การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91 ซึ่งนำไปทดลองในผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อสุพรรณ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ปัจจัยหลักตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปัจจัยการชักนำสู่การปฏิบัติต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติอ้างอิง เช่น การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเอง ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ข้อเสนอแนะงานวิจัย ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมาพัฒนาเป็นโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมหากล่าว ควรประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ตามทฤษฎีของ Bandura หรือทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน

คำสำคัญ : โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง หน่วยบริการปฐมภูมิ

* โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

Corresponding E-mail: sumroey@yahoo.co.th

(Received: October 23, 2024; Revised: February 27, 2025; Accepted: March 1, 2025)

**Factors related to self-care behavior of patients with type 2 diabetes
in the primary care unit of Somdejphrasangkharach XVII Hospital
Songphinong District. Suphanburi Province**

Suwipun Mapu, B.N.S.*

Abstract

This Correlative study aimed to study relationships between personal factors. and health belief patterns (Knowledge about diabetes Perception of the risk of complications perception of violence Perceived benefits of self-care Perceived barriers to self-care self-efficacy and inducements to practice) with the self-care behavior of patients with type 2 diabetes in the primary care unit of Somdejphrasangkharach XVII Hospital Songphinong District Suphanburi Province. The study sample consisted of 180 patients with type 2 diabetes who were randomly sampled from patient registries in diabetes clinics. Data collection was carried out using a questionnaire that had been validated by experts. It has a content validity index of 0.91, which was used for testing in diabetic patients at Bosuphan Subdistrict Health Promoting Hospital. Songphinong District Suphanburi Province. The questionnaire covered personal information, knowledge about diabetes, Main factors according to health belief patterns that affect self-care behavior of diabetic patients, Factors leading to self-care behavior among diabetic patients. and self-care behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics such as mean, standard deviation, and inferential statistics including Chi-square tests and Pearson's correlation coefficient. The research results showed that personal factors such as gender, age, marital status there is a statistically significant relationship with health care behavior while education level, occupation, income, and duration of disease there is no relationship with the self-care behavior of patients with type 2 diabetes. The health belief model found that the perception of the risk of complications perceived disease severity and self-care ability were positively related to self-care behavior. Knowledge section about diabetes perceived benefits of self-care and perceived barriers to self-care were not related to self-care behavior among patients with type 2 diabetes. Research suggestions an experimental research study should be conducted using factors related to the health behavior of diabetic patients to develop a health behavior change program. To evaluate the effectiveness of the said program. Should apply the concept of self-efficacy. (Self-Efficacy) according to Bandura's theory or Social Support Theory (Social Support Theory) is the conceptual framework for the study by comparing results before and after participating in the program and Long-term follow-up is also included to assess the sustainability of behavioral changes in diabetic patients.

Keywords : Type 2 diabetes Self-care behaviors Primary care unit

*Somdejphrasangkharach XVII Hospital

บทนำ

โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะเรื้อรังที่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ หรือไม่สามารถใช้อินซูลินได้ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โรคนี้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในประเทศไทยจะเพิ่มขึ้นจาก 1,536,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 2,739,000 คน ในปี พ.ศ. 2573 (International Diabetics Foundation, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานข้อมูลตัวชี้วัดจากระบบ Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 ที่พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น Babazadeh et al. (2023) โดยเฉพาะในพื้นที่สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5 ที่พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5, 2566) และในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ก็มีอัตราผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นกัน (หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17, 2566)

นอกจากอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังพบว่าอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งในระดับประเทศ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566) ระดับเขตสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และในระดับโรงพยาบาล ดังจะเห็นได้จากอัตราการ Re-admission ที่สูงขึ้นในปี 2565-2566 (นายยา พิระวรรณกุล, 2565) โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจอย่างมาก ทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รัฐต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษา (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566) ในขณะที่ครอบครัวก็มีค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการรักษาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (Perngmark et al., 2022)

การรักษาโรคเบาหวานให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องอาศัยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างเข้มงวดและสม่ำเสมอ แต่ผู้ป่วยหลายรายมักมีความยากลำบากในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เนื่องจากมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ การรับรู้ด้านสุขภาพ และบริบททางสังคม (จรรยา บุญธกานนท์, 2565) การศึกษาครั้งนี้จึงใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker & Maiman (1975) เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการมีโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Ababneh et al., 2023; Khowaja et al., 2023; Siripitayakunkit et al., 2008; อมรัตน์ สุวรรณลาภ & สาโรจน์ นาคจุ, 2565) สำหรับตัวแปรด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว รวมถึงสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการโรคเบาหวาน (DAŞTAN & HİNTİSTAN, 2022; Suwan, 2022; Suwannarong & Bumrerraj, 2024)

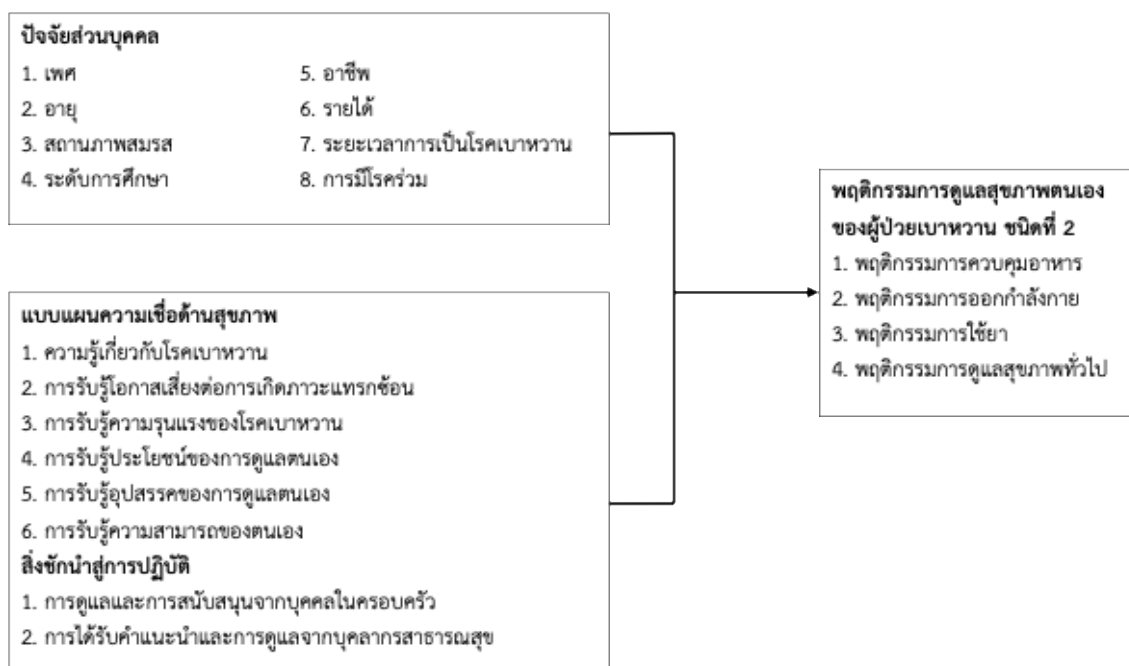
จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยในอดีตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในภาพรวม ยังขาดการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงลึกระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในรายละเอียด รวมถึงยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลโดยเฉพาะ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ในช่องว่างดังกล่าว

การศึกษานี้จะทำความเข้าใจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาที่ได้จะมีประโยชน์ในการวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และพัฒนาการให้บริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlative study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในคลินิกโรคเบาหวานและมารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 274 คน

กลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = .05$) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 163 คน เพื่อให้งานวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เพียงพอตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติพารามตริก ให้มีความเป็นตัวแทนของประชากรและป้องกันการสูญหาย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 คือ 16.3 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 180 คน โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานของหน่วยบริการ แบบไม่ใส่คืนจนครบจำนวน 180 ราย โดยมีลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้า (Exclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จากอายุรแพทย์ 2) เพศชายและหญิงอายุระหว่าง 30 ถึง 80 ปี 3) เป็นผู้ที่มีการมาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิแห่งนี้ 4) ไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ 5) มีความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและตอบแบบสอบถาม เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคไตวาย, โรคหัวใจ 2) ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่อาจส่งผลกระทบต่อแบบสอบถามหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ 3) ผู้ป่วยที่กำลังตั้งครรภ์ เนื่องจากอาจมีความต้องการด้านการดูแลสุขภาพที่แตกต่าง 4) ผู้ที่ไม่ยินยอมหรือไม่สามารถให้ความยินยอมได้ 5) ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้บริการสุขภาพที่หน่วยบริการนี้หรือไม่อยู่ในพื้นที่ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้แนวคิดทฤษฎีในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM)

ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญอายุรแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญประจำคลินิกโรคเบาหวาน 2 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Scale-level Content Validity Index: S-CVI) เท่ากับ 0.91 และมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item Objective Congruence: IOC) พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.78 – 1.00 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถยอมรับได้ในการสร้างและพัฒนาเครื่องมือขึ้นมาใหม่ (Streiner et al., 2015)

ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วยเบาหวานที่ รพสต.บ่อสุพรรณ) จำนวน 30 ราย ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

แบบสอบถามส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายเปิด-ปิด และแบบให้เลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน การมีโรคร่วม

แบบสอบถามส่วนที่ 2 เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 20 ข้อ แบบให้เลือกตอบ “ถูก” และ “ผิด” มีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ได้ตอบได้ 0 คะแนน โดยข้อคำถามจะประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 13 ข้อ และคำถามเชิงลบ 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 6, 8, 9, 10, 17 และ 19 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.81

แบบสอบถามส่วนที่ 3 ปัจจัยหลักตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ทั้งหมด จำนวน 4 ข้อ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ทั้งหมด จำนวน 6 ข้อ
3. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ทั้งหมด จำนวน 8 ข้อ
4. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ทั้งหมด จำนวน 4 ข้อ
5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ทั้งหมด จำนวน 6 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.79

แบบสอบถามส่วนที่ 4 ปัจจัยชักนำต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ประกอบไปด้วย

1. การดูแลและการได้รับการกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัว ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 8 ข้อ
2. การได้รับคำแนะนำและการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 10 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.76

แบบสอบถามส่วนที่ 5 เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ประกอบด้วย พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการใช้ยา และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั่วไป ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติ

บางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.87

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี
2. ทำหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัยถึงโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 เพื่อขออนุญาตศึกษาวิจัยในพื้นที่
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 – 30 มิถุนายน 2567
4. ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และครบถ้วนของแบบสอบถาม
5. วิเคราะห์ด้วยสถิติที่กำหนด

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 27/2567 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมด้วยการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน การมีโรคร่วม นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติอ้างอิง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ความรู้เรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของการกระทำด้วยตนเอง และปัจจัยชักนำ ได้แก่ การดูแลและการได้รับการกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัว การได้รับคำแนะนำและการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข) กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติสหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple Correlation)

ผลการวิจัย พบว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.4 มีอายุระหว่าง 59-71 ปี ร้อยละ 48.3 ($M = 62.77$, $SD = 10.50$ ปี) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ

สมรส ร้อยละ 62.2 ด้านระดับการศึกษาพบว่า มีระดับประถมศึกษาลงไป ร้อยละ 72.2 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.2 และส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 83.4 ($M = 8387.83$, $Min. = 300$, $Max. = 67810$, $SD = 11771.78$) มีระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมาแล้ว 1-5 ปี ร้อยละ 41.7 ($M = 8.88$, $Min. = 1$, $Max. = 45$, $SD = 7.08$) และมีโรคร่วม ร้อยละ 91.7 และโรคร่วมที่เป็นมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันเลือดสูง และโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 87.9, 81.8 และ 56.4 ตามลำดับ

ผลการศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง สิ่งชักนำ) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ผลการศึกษแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ร้อยละ 86.1 อยู่ในระดับสูง ($M = 16.2$, $SD = 2.4$) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนพบว่า ร้อยละ 70 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง ($M = 15.8$, $SD = 2.8$) การรับรู้ความรุนแรงส่วนใหญ่ร้อยละ 71.7 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ($M = 28.1$, $SD = 3.3$) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองผู้ป่วยเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 90.9) มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ($M = 34.8$, $SD = 4.2$) การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลตนเอง ร้อยละ 42.2 มีการรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ($M = 12.2$, $SD = 4.4$) สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 65.5 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ($M = 22.7$, $SD = 4.9$) ด้านสิ่งชักนำ ทั้งจากการดูแลและการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 61.1) และการได้รับคำแนะนำและการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 94.4) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนในระดับสูง ($M = 31.1$, $SD = 9.5$ และ $M = 45.6$, $SD = 5.6$) สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.2 ($M = 54.4$, $SD = 8.1$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

แบบแผนความเชื่อ	ระดับคะแนน						M	SD
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน	155	86.1	18	10.0	7	3.9	16.2	2.4
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	126	70.0	49	27.2	5	2.8	15.8	2.8
การรับรู้ความรุนแรง	129	71.7	32	17.8	19	10.5	28.1	3.3
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	162	90.9	16	8.9	2	1.1	34.8	4.2

แบบแผนความเชื่อ	ระดับคะแนน						M	SD
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้อุปสรรคต่อการดูแลตนเอง	76	42.2	56	31.1	48	26.7	12.2	4.4
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	118	65.5	57	31.7	5	2.7	22.7	4.9
สิ่งชักนำ								
การดูแลและการได้รับการ								
กระตุ้นเตือนจากสมาชิกใน	110	61.1	38	21.1	32	17.8	30.1	9.5
ครอบครัว								
การได้รับคำแนะนำและการดูแล								
จากบุคลากรสาธารณสุข	170	94.4	9	5.0	1	0.6	45.6	5.6
พฤติกรรมดูแลตนเอง	40	22.2	137	76.1	3	1.7	54.4	8.1

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า เพศ ($\chi^2 = 6.859$, $p = .032$) สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 3.342$, $p = .012$) และประวัติการมีโรคร่วม ($\chi^2 = 2.992$, $p = .048$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง				χ^2	p-value
	ไม่ดีและปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	35	19.5	11	6.1	6.859	.032*
หญิง	99	55.0	35	19.4		
อายุ						
33-58 ปี	43	23.9	12	6.7	1.982	.094
59 ปีขึ้นไป	97	53.9	28	15.5		
สถานภาพสมรส						
โสด	54	30.0	14	7.8	3.342	.012*
คู่	86	47.8	26	14.4		

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง				χ^2	p-value
	ไม่ดีและปานกลาง		สูง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาลงไป	116	64.4	34	18.9	.103	.748
มัธยมศึกษาขึ้นไป	24	13.4	6	3.3		
อาชีพ						
เกษตรกร	115	63.9	14	7.8	9.436	.150
อื่นๆ	25	13.9	26	14.4		
รายได้						
ต่ำกว่า 10,000 บาท	117	65.0	33	18.3	.639	.424
10,001 บาทขึ้นไป	24	13.4	6	3.3		
ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน						
1-10 ปี	109	60.6	27	15.0	1.807	.179
11 ปีขึ้นไป	31	17.2	13	7.2		
ประวัติการมีโรคร่วม						
ไม่มี	9	5.0	6	3.3	2.992	.048*
มี	131	72.8	34	18.9		

* P-value < .05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยหลักด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .362$) รองลงมาคือปัจจัยเสริมได้แก่ การดูแลและการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว ($r = .352$) การได้รับคำแนะนำและการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข ($r = .301$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน ($r = .193$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($r = .153$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน								
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	.096							
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน	.313*	.337*						
4. การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	.187*	.367*	.552*					
5. การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	-.004	.262*	.320*	.320*				
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.068	.230*	.347*	.439*	.174*			
7. การดูแลและการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว	.046	-.043	.121	.081	.078	.234*		
8. การได้รับคำแนะนำและการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข	.245*	.087	.243*	.171*	-.006	.186*	.295*	
9. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2	.018	.153*	.193*	.175	.013	.362*	.352*	.301*

* p -value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยแวดล้อมทางสังคม ในการศึกษาครั้งนี้ ได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยชักนำสู่การกระทำ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจำนวน 180 คน ที่มารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และประวัติการมีโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศหญิงมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีกว่าเพศชาย ผู้ที่มีคู่สมรสจะได้รับการสนับสนุนและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ไม่คู่ และผู้ที่มีโรคร่วมจะให้ความสำคัญกับการควบคุมโรคและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Babazadeh et al. (2023) ที่พบว่าเพศหญิงมีการตระหนักรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ที่ดีกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริรัตน์ ศิริจันทร์ (2564) พบว่าผู้ที่มีคู่สมรสจะได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยที่มีสถานภาพโสด นอกจากนี้การศึกษาของ เลิศวิทย์ เหลือผล (2567) พบว่าผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะ

ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเคร่งครัดเพื่อควบคุมโรคมากขึ้น จากผลการศึกษาและผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจกล่าวได้ว่า การให้ความสำคัญกับบริบทและลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะในเรื่องเพศ สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ จะช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว การศึกษานี้ยังพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก็มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน โดยเฉพาะในประเด็นของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการกับโรคเบาหวานได้ดี ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพมากที่สุด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Rosenstock (1974) ที่ระบุว่า ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของพฤติกรรม และการศึกษาของ Babazadeh et al. (2023) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นการเสริมสร้างความมั่นใจในตนเองและความสามารถในการจัดการโรคให้กับผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาจใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง การใช้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการจัดการโรค และการให้ข้อมูลย้อนกลับเชิงบวกเพื่อเสริมแรงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Rosenstock, 1974)

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเช่นกัน โดยผู้ป่วยที่ตระหนักถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคไต เบาหวานขึ้นตา หรือแผลเบาหวาน มีแนวโน้มที่จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์มากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jiang et al. (2021) ที่ระบุว่าความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเบาหวานและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคแทรกซ้อนนั้น มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วย ซึ่งตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อป้องกันตนเองจากผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน และการให้ความรู้เรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยอาจใช้วิธีการต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลผ่านสื่อหรือการบรรยาย การสาธิตอาการของภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้เห็นภาพชัดเจน หรือการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนแล้ว เพื่อสร้างการเรียนรู้และความตระหนักที่มากขึ้น

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ดังที่การศึกษาของ สุภักดิ์ จันทร์สองดวง (2567) พบว่าผู้ป่วยที่เชื่อมั่นในประโยชน์ของการออกกำลังกายและการใช้ยาอย่างถูกต้อง จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเหล่านั้นได้เหมาะสมกว่า ซึ่งในทางกลับกันการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพก็มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน (Becker & Maiman, 1975; เลิศวิทย์ เหลือผล, 2567) จากแนวคิดเหล่านี้การสื่อสารให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ควบคู่ไปกับการช่วยลดอุปสรรคในการดูแลตนเอง เช่น การอำนวยความสะดวก

สะดวกในการเข้ารับบริการ หรือการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะเป็นแนวทางในการเสริมประสิทธิภาพของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ที่พบว่ามีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในการศึกษานี้ซึ่งผลการวิจัยนี้ก็สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ของ Cobb (1979) ที่ระบุว่า การได้รับความช่วยเหลือ การดูแลเอาใจใส่รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกกับผู้อื่น จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและความสามารถในการจัดการปัญหาได้ดีขึ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริรัตน์ ศิริจันทร์ (2564) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับคำแนะนำและการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ จะมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าเนื่องจากมีแหล่งข้อมูลที่ต้องการและได้รับการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และยังสอดคล้องกับ ธาณี นามม่วง (2566) ที่ระบุถึงความสำคัญของการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวโดยระบุว่าผู้ป่วยที่มีแรงสนับสนุนจากคนใกล้ชิด ทั้งด้านอารมณ์และการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน จะมีกำลังใจและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรสุขภาพและครอบครัวของผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการเป็นเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพร่วมกัน การมีระบบติดตามและประเมินผลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมให้ข้อมูลย้อนกลับและกำลังใจแก่ผู้ป่วย การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เช่น การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน เป็นต้น นอกจากการสนับสนุนทางสังคมแล้วการศึกษานี้พบว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่ต้องคำนึงถึงการลดอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานด้วย ไม่ว่าจะเป็น การเดินทาง หรือความสะดวกในการเข้าถึงบริการโดยอาจนำเทคโนโลยีและแนวทางใหม่ ๆ มาใช้ เช่น การให้บริการทางสุขภาพผ่านระบบออนไลน์ การจัดให้มีการตรวจสุขภาพที่บ้าน การใช้ Application ในการติดตามผลสุขภาพและการรักษา หรือการจัดระบบส่งยาถึงบ้าน เป็นต้น เพื่อลดอุปสรรคต่างๆ และเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (ทนิ น พักรักษา, 2564; อรุณรัตน์ พักแพง, 2565)

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ นอกจากจะเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แล้ว ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคลและระบบบริการปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหากมีการดำเนินการอย่างเป็นองค์รวมและครอบคลุมปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องแล้ว จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถจัดการและควบคุมโรคได้ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ก็ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้าง โดยเฉพาะในเรื่องของขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย และเก็บข้อมูลเฉพาะในพื้นที่ศึกษาเท่านั้น ซึ่งอาจจะยังไม่ครอบคลุมบริบททางสังคมที่หลากหลาย ดังนั้น การศึกษาวิจัยในอนาคตจึงควรขยายขอบเขตให้กว้างขึ้น ทั้งในแง่ของประชากรและพื้นที่ศึกษารวมทั้งอาจใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมหรือกลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยประยุกต์ใช้ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรม เช่น แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพใน

ผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต ดังนั้นการดูแลรักษาโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องมีกลยุทธ์ที่ครอบคลุมและบูรณาการ โดยเน้นทั้งการเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม และการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นและบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างยั่งยืน และเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการพยาบาล

1. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลเฉพาะบุคคล นำข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์มาออกแบบโปรแกรมการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย
2. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนากลยุทธ์การให้ความรู้และข้อมูลที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาและความรู้เกี่ยวกับโรคที่แตกต่างกัน
3. การสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
4. การปรับปรุงการสื่อสารระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย เน้นการสื่อสารแบบเห็นอกเห็นใจ การรับฟังอย่างตั้งใจ และการสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง
5. การใช้เทคโนโลยีเพื่อติดตาม นำเทคโนโลยีสุขภาพมาใช้ในการติดตามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง เช่น แอปพลิเคชันติดตามการรับประทานยา การออกกำลังกาย และการควบคุมอาหาร

ด้านการศึกษาทางพยาบาล

1. การพัฒนาหลักสูตร ปรับปรุงหลักสูตรการศึกษาพยาบาลให้เน้นความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
2. การฝึกอบรมทักษะการประเมิน พัฒนาทักษะของนักศึกษาพยาบาลในการประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
3. การสอนเทคนิคการให้คำปรึกษา เพิ่มการเรียนการสอนเกี่ยวกับเทคนิคการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)
4. การบูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ สอนให้นักศึกษาเข้าใจและประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
5. การเรียนรู้จากกรณีศึกษา ใช้กรณีศึกษาจากผลการวิจัยเพื่อให้นักศึกษาได้เรียนรู้วิธีการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาลตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ด้านการวิจัย

1. **การศึกษาเชิงลึก** ทำการวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลสูงต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง
 2. **การพัฒนาเครื่องมือประเมิน** สร้างและพัฒนาเครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเบาหวานตามบริบท
 3. **การวิจัยเชิงทดลอง** ออกแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้นจากผลการวิจัย
 4. **การศึกษาระยะยาว** ทำการวิจัยติดตามระยะยาวเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องตลอดช่วงเวลาการเจ็บป่วย
 5. **การวิจัยเชิงนโยบาย** ศึกษาผลกระทบของนโยบายสุขภาพระดับชาติและระดับท้องถิ่นที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน
- การนำผลการวิจัยไปใช้ในทุกสามด้านนี้จะช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารายละเอียดเชิงทดลอง โดยนำปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เช่น การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการสร้างโปรแกรมหรือกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมห่วงการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคที่ดีขึ้นในผู้ป่วย โดยอาจใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ของ Bandura หรือทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เป็นกรอบในการสร้างโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมห่วงการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อประเมินความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยในวงกว้างต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2)*. กระทรวงสาธารณสุข.
- จรรยา บุญธกานนท์. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานเข้าจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(2), 341-351.

- ทนนี ฟักรักษา. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลกลางเวียง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. *วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา*, 19(5), 1–23.
- ธานี นามม่วง. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(1), 170–180.
- นาคยา พิระวรรณกุล. (2565). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์*, 3(3).
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5. (2566). *สรุปผลการดำเนินงานตามประเด็นตรวจราชการ นิเทศงาน กรณีปกติรอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เขตสุขภาพที่ 5*.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. ศรีเมืองการพิมพ์.
- เลิศวิทย์ เหลือผล. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจสามารถ อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมการศึกษา*, 9(1), 455–466.
- ศิริรัตน์ ศิริจันทร์. (2564). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลดอนตูม จังหวัดนครปฐม. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 6(2), 1–13.
- สุภักดิ์ จันทรสองดวง. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาบัว. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์ และสุขภาพ*, 19(5), 1–23.
- อรพินท์ พักแพง. (2565). วิเคราะห์ปัจจัยเพื่อทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดี อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 7(2), 100–108.
- หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17. (2566). *รายงานผลการปฏิบัติงาน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 17 ประจำปีงบประมาณ 2566*.
- Ababneh, A., Moosa, S., Al Jarrah, Q., Alsoufi, Y., Abu Qamar, M. Z., Saleh, M., Jarrah, S., & Younes, N. A. (2023). Factors associated with foot self-care in patients with diabetes-related high-risk feet: A cross-sectional design. *Inquiry (United States)*, 60. <https://doi.org/10.1177/00469580231220135>
- Babazadeh, T., Lotfi, Y., & Ranjbaran, S. (2023). Predictors of self-care behaviors and glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. *Frontiers in Public Health*, 10(1). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1031655>
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10–24.
- Cobb, S. (1979). Social support as a moderator for life stress. *Psychosomatic Medicine*.

- DAŞTAN, B., & HİNTİSTAN, S. (2022). Exploring problem areas of elderly patients with diabetes and the support provided by their family. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 12(1), 177–184. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.895039>
- International Diabetics Foundation. (2023). Thailand diabetes report 2000 - 2045. <https://diabetesatlas.org/data/en/country/196/th.html>
- Jiang, L., Liu, S., Li, H., Xie, L., & Jiang, Y. (2021). The role of health beliefs in affecting patients' chronic diabetic complication screening: A path analysis based on the health belief model. *Journal of Clinical Nursing*, 30(19–20), 2948–2959. <https://doi.org/10.1111/jocn.15802>
- Khowaja, M. A., Rozi, S., Sawani, S., & Ahmed, A. (2023). Factors associated with diabetes empowerment among patients with type 2 diabetes, at OPD setting, Karachi, Pakistan. *Scientific Reports*, 13(1), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-34385-4>
- Perngmark, P., Doloh, N. I., & Holroyd, E. (2022). Family participation to promote medication adherence among Thai-Muslim older adults with hypertension: Action research study. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(3), 381–387. <https://doi.org/10.1177/10436596221077672>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In *The Health Belief Model and Personal Behavior*. Charles B. Slack.
- Siripitayakunkit, A., Hanucharunkul, S., GDE, M., Vorapongsathorn, T., Rattarasarn, C., & Arpanantikul, M. (2008). Factors contributing to integrating lifestyle in Thai women with type 2 diabetes. *Thai Journal of Nursing Research*, 12(3), 166–177.
- Streiner, D. L., Norman, G. R., & Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (5th ed.). Oxford University Press.
- Suwan, K. (2022). Self-care behavior of the diabetes mellitus patient in Nong Phluang Manao Sub-District Health Promoting Hospital, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Public Health*, 19(5), 1–23.
- Suwannarong, K., & Bumrerraj, S. (2024). Health literacy and eHealth literacy in the prevention and control of COVID-19 among village health volunteers in area health region number 7 of Thailand. *Journal of Health Research*, 38(3), 251–261. <https://doi.org/10.56808/2586-940X.1080>

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีทำความสะอาดของพนักงาน

ทำความสะอาดโรงแรมในกลุ่มบริการสุขภาพกรุงเทพใต้

บุญธรรม ชำชนะณี,* วันเพ็ญ แก้วปาน, ส.ด.**

สุรินทร์ กลัมพากร, Ph.D.** และจุฑาธิป ศีลบุตร, Ph.D.***

บทคัดย่อ

โรคผิวหนังจากการแพ้สารเคมีเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ประกอบการอาชีพที่สัมผัสสารเคมีเป็นประจำและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน การส่งเสริมการป้องกันโรคเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากการแพ้สารเคมีและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากการแพ้สารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม กลุ่มตัวอย่างคือพนักงานทำความสะอาดโรงแรมจำนวน 400 คน ซึ่งสุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากโรงแรมระดับ 3-5 ดาวในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ จำนวน 22 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ ค่าไคว์-สแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า พนักงานทำความสะอาดโรงแรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.85, SD = 0.151$) โดยมีพฤติกรรมการจัดเก็บการเตรียมการและขนย้ายอุปกรณ์ทำความสะอาดอยู่ในระดับสูง ($M = 3.97, SD = 0.171$) การสวมใส่อุปกรณ์การป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.94, SD = 0.281$) การปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.89, SD = 0.355$) และการหมุนเวียนการทำงานเพื่อการลดพฤติกรรมเสี่ยง (Rotation) อยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.10, SD = 0.369$) ปัจจัยที่สามารถอธิบายการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี นโยบายการใช้สารเคมีปลอดภัยในการปฏิบัติงานหลังสถานการณ์การระบาด COVID-19 กฎระเบียบสถานประกอบการ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือสื่อในการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีและการได้รับการกระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรคโดยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมได้ร้อยละ 49.9. ($R^2 \text{ adjusted} = 0.499, F = 100.343, p < 0.01$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนัง การสัมผัสสารเคมี พนักงานทำความสะอาดโรงแรม

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding e-mail: boon2tham@gmail.com

(Received: April 22, 2024; Revised: February 27, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Factors Affecting the Behavior of Preventing Skin Diseases from Cleaning Chemicals Among Hotel Cleaners in the Health Service Sector of Southern Bangkok

Boontham Kharkhanmanee*, Wonpen Kaewpan, Dr.P.H.**

Surintorn kalampakorn, Ph.D.** & Jutatip Sillabutra, Ph.D.***

Abstract

Chemical allergy dermatitis is a common disease in professionals who are regularly exposed to chemicals and can affect the quality of work life. Promoting appropriate preventive behavior is essential for disease prevention and beneficial to workers. This research aims to examine the behavior of hotel cleaners in preventing skin diseases due to chemical allergies and to analyze the factors influencing these preventive behaviors. The study utilizes the PRECEDE-PROCEED model, with a sample of 400 hotel cleaners randomly selected through a multi-step method from high-level hotels (3-5 stars) in the Bangkok South Health Service Zone 22. Data collection was conducted using questionnaires, and the analysis employed descriptive statistics, Chi-Square tests, Pearson correlation coefficients, and stepwise multiple regression.

The study showed that hotel cleaners exhibited a moderate level of behavior in preventing chemical dermatitis ($M = 2.85$, $SD = 0.1506$). It was found that there was a high level of storage, preparation, and transportation of cleaning equipment ($M = 23.97$, $SD = 0.171$), whereas wearing Personal Protective Equipment (PPE) were moderate ($M = 2.89$, $SD = 0.355$) and compliance with Standard Operating Procedures (SOPs) were moderate ($M = 2.89$, $SD = 0.355$). The practice of work rotation to reduce risky behaviors was low ($M = 1.10$, $SD = 0.369$). Factors explaining the prevention of chemical dermatitis among hotel cleaners include perceptions, barriers to practice, prevention behavior, and motivation for practicing behavior to prevent dermatitis from chemicals. Policies on the safe use of chemicals in operations after the COVID-19 pandemic, alongside establishment regulations and awareness of disease prevention through media, are crucial for preventing chemical dermatitis. The model can predict chemical-induced dermatological preventive behaviors among hotel housekeeping staff with an explanatory power of 49.9 percent. (R^2 adjusted = 0.499, $F = 100.343$, $p < 0.01$)

Keywords: Skin Protection Behavior Chemical Exposure Hotel Cleaners

*Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Occupational Health Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University

**Department of Public Health, Nursing Faculty of Public Health, Mahidol University

***Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

โรคผิวหนังอักเสบที่เกิดจากสารเคมีทำความสะอาด (Contact dermatitis) จำแนกเป็น 2 ประเภทหลัก คือ ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคือง (Irritant contact dermatitis) และผื่นแพ้สัมผัส (Allergic contact dermatitis) ซึ่งเกิดจากการแพ้สารเคมีในผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดหรืออุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น ถุงมือ บางกรณีผู้ป่วยอาจเกิดทั้งสองประเภทร่วมกัน (กรมควบคุมโรค, 2564) โรคผิวหนังจากการประกอบอาชีพเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 ของโรคจากการทำงานทั้งหมด โดยเฉพาะในกลุ่มพนักงานทำความสะอาดโรงแรมที่ต้องสัมผัสสารเคมีทำความสะอาดเป็นประจำ (Hsieh et al., 2016) เนื่องด้วยลักษณะงานที่ใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดห้องพัก ดังนั้นโรคนี้ นับเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Merck Manuals, 2020) โรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสเป็นปัญหาที่พบทั่วโลก ในสหรัฐอเมริกาพบได้สูงถึงร้อยละ 90-95 ของโรคผิวหนังทั้งหมด โดยร้อยละ 80 เป็นผื่นระคายเคือง (U.S. Department of Health, 2010) ในประเทศสิงคโปร์พบร้อยละ 97.2 แบ่งเป็นผื่นระคายเคืองร้อยละ 61.2 และผื่นแพ้สัมผัสร้อยละ 36 ส่วนในประเทศสวีเดนพบว่าอาชีพพนักงานทำความสะอาดมีอัตราการเกิดโรคสูงสุตร้อยละ 21.3 สำหรับประเทศไทย พบความชุกของโรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสในกลุ่มพนักงานทำความสะอาดและพนักงานครัวประมาณร้อยละ 26.5 (Gawkrödger et al., 1986) โดยอัตราการเกิดโรคสูงในช่วง 6 เดือนแรกของการทำงาน (Thongsuk et al., 2019) สาเหตุหลักเกิดจากการสัมผัสน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่ใช้กับสุขภัณฑ์และผิวหนัง

การศึกษาสาเหตุพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 2005) ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายการรักษาสิ่งแวดล้อมสี่เหลี่ยม นโยบายการเลือกใช้สารเคมีปลอดภัย นโยบายการปฏิบัติงานหลังสถานการณ์การระบาด COVID-19 กฎระเบียบสถานประกอบการ และความเพียงพอและเหมาะสมของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล(PPE) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน และครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคจากสารเคมีมีสาเหตุจากปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ความเสี่ยง ทักษะและความเชื่อ การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน และบริบทแวดล้อมทางสังคม (Raksanam et al., 2022) ดังนั้น การส่งเสริมให้พนักงานมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องจึงเป็นแนวทางที่สำคัญและนำไปวางแผนจัดทำโปรแกรมที่ครอบคลุมปัจจัยต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้พนักงานมีพฤติกรรมป้องกันที่ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทในการทำงานอย่างแท้จริง

กรุงเทพมหานครเป็นแหล่งท่องเที่ยวอันดับ 1 ของโลก (Mastercard, 2023) โดยเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ โดยเฉพาะเขตบางรักและสาทร มีโรงแรมระดับ 3-5 ดาวที่มีชื่อเสียงถึง 12 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50 ของโรงแรมในกรุงเทพมหานคร การศึกษาปัญหาโรคผิวหนังของพนักงานแม่บ้านโรงแรมในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้พบว่าร้อยละ 70 มีอาการระคายเคืองและผื่นแพ้สัมผัสจากสารเคมี สาเหตุหลักเกิดจากการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคทั้งชนิดที่ใช้กับสุขภัณฑ์และผิวหนังเป็นประจำ (โรงพยาบาลเลิดสิน, 2562) โดยปัญหาเกิดจากการขาดพฤติกรรมป้องกันที่เหมาะสม (สมพิศ พุทธิรักษา และคณะ, 2562)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมความปลอดภัยในโรงแรมหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยกำหนดมาตรการทำความสะอาดที่เข้มงวดขึ้นและเพิ่มความถี่ในการทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสบ่อย (กรมอนามัย, 2566) ซึ่งพนักงานแม่บ้านมีโอกาสเสี่ยงในการสัมผัสสารเคมีเพิ่มขึ้นและอาจเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาโรคผิวหนังอักเสบเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคผิวหนังในกลุ่มพนักงานทำความสะอาดโรงแรมยังมีจำกัด โดยเฉพาะในช่วงหลังโควิด-19 ที่มีการใช้สารเคมีทำความสะอาดเพิ่มขึ้น ดังนั้นการศึกษสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในกลุ่มพนักงานแม่บ้านจึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานที่เหมาะสมแก่พนักงานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากการใช้สารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้

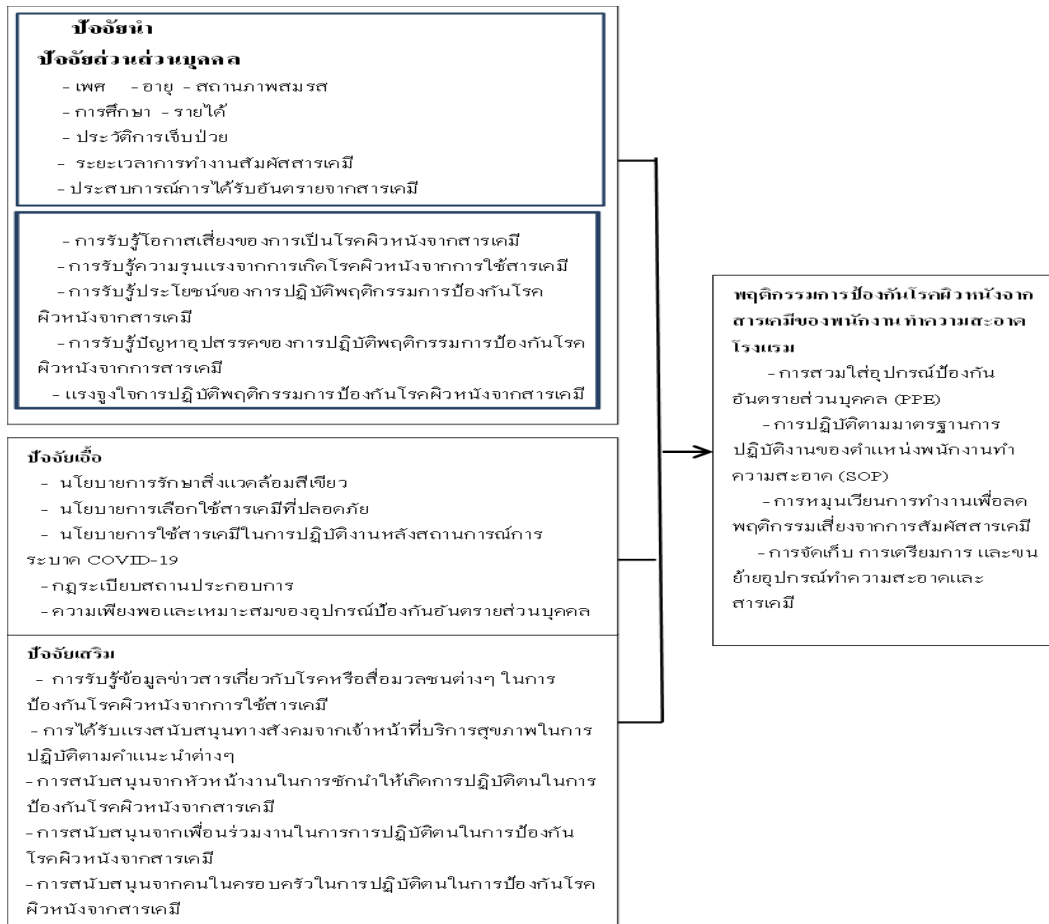
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากการใช้สารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากการใช้สารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากการใช้สารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานการวิจัย

- 3.1 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ กรุงเทพมหานคร
- 3.2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ กรุงเทพมหานครได้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey design) แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional Research) ประชากร คือ พนักงานทำความสะอาดโรงแรมในระดับ 3-5 ดาวที่เป็นสมาชิกสมาคมโรงแรมไทยในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ โดยเป็นผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตน มาตรา 33 และ 39 ในรอบปีงบประมาณ 2565 ของสำนักงานประกันสังคม, 2565) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยวิธีไม่ทราบจำนวนสัดส่วนประชากรที่แน่นอน โดยสูตร $n = \frac{P(1-P)Z^2}{e^2}$ (Cochran, 1963) กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95 (Neyman, 1937) ได้ค่าขนาดตัวอย่างเท่ากับ 384.16 คน และเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการตอบแบบสอบถาม รวมเป็นขนาดตัวอย่าง 400 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยขั้นที่ 1 เลือกเจาะจงกลุ่มพื้นที่เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ 13 กรุงเทพมหานคร ได้แก่ เขตบางรักและสาทร ซึ่งมีโรงแรมทั้งหมด 22 แห่ง (สมาคมโรงแรมไทย, 2561) แบ่งเป็นระดับ 3 ดาว 6 แห่ง ระดับ 4 ดาว 7 แห่ง และระดับ 5 ดาว 9 แห่ง ขั้นที่ 2 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของพื้นที่เขตบางรัก (ร้อยละ 55) เขตสาทร (ร้อยละ 45) และจัดสรรกลุ่มตัวอย่างตามขนาดโรงแรม โดย

เขตบางรัก มีจำนวน 12 โรงแรม เป็น โรงแรมขนาดใหญ่ 4 แห่ง คัดเลือกจำนวน แห่งละ 19 คน รวม 76 คนและโรงแรมทั่วไป 8 แห่ง คัดเลือกแห่งละ 18 คน รวม 144 คน รวมเขตบางรักมีจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 220 คน เขตสาทร มีจำนวน 10 โรงแรม ดำเนินการทุกโรงแรม คัดเลือก แห่งละ 18 คน รวม 180 คน ชั้นที่3 ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายแบบไม่แทนที่ ในโรงแรมที่กำหนดเป็นพื้นที่ตัวอย่างโดยสุ่มจากรายชื่อพนักงานทำความสะอาดที่ทำงานกะเช้า จะได้พนักงานที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรวมจำนวนทั้งหมด 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด มีทั้งหมด 4 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นคำถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคผิวหนังจากสารเคมี การรับรู้ความรุนแรงของโรคผิวหนังจากสารเคมี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี การรับรู้ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี ส่วนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่คำถามเกี่ยวกับการรับรู้นโยบายและความพร้อมของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ลักษณะเป็นคำถามเชิงบวกให้เลือกตอบจำนวน 25 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่า (Likert scale) 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยเท่ากับ 3 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนที่ 3 ปัจจัยเสริม เป็นคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนจากบุคคลและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมจำนวน 22 ข้อ ให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่า คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (ทำทุกวัน) ให้ 4 คะแนน บ่อยครั้ง (5-6 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 3 คะแนน นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ให้ 1 คะแนน และไม่เคยทำเลย ให้ 0 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคผิวหนังจากสารเคมี การรับรู้ความรุนแรงของโรคผิวหนังจากสารเคมี การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี การรับรู้ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี โดยเกณฑ์การแบ่งกลุ่ม ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1-1.66 หมายถึง มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระดับอยู่ในปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม คะแนนเฉลี่ย 1-1.66 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม อยู่ในระดับสูง

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยการผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และวิเคราะห์ที่ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.71 (Rovinelli. and Hambleton, 1976) การหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 30 คนในโรงแรมระดับ 3-5 ดาวที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ เขตสาทร และเขตบางรัก ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1970) พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นรวม 0.743 โดยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.740 ปัจจัยเอื้อมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.741 ปัจจัยเสริม มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.741 และพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.737 ซึ่งเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นที่เหมาะสมเนื่องจากมีค่าเกิน 0.70 ขึ้นไป (DeVellis, 2012)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัส MUPH 2022-053) เมื่อวันที่ 7 เมษายน 2565 การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่าง 15 พฤศจิกายน 2566 ถึง 20 มกราคม 2567 โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้จัดการทั่วไปของแต่ละโรงแรมและหลังได้รับอนุญาตจากผู้บริหารโรงแรม ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับฝ่ายทรัพยากรบุคคลและฝ่ายแม่บ้าน คัดเลือกพนักงานทำความสะอาดโรงแรมที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกันตนประกันสังคม มาตรา 33 และ 39 และทำงานกะเช้าในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธแก่ผู้ร่วมวิจัย รับรองการรักษาความลับของข้อมูล แล้วผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอรับกลับคืนเมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามในแต่ละวัน และตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับ ได้รับแบบสอบถามคืนครบทั้ง 400 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยเครื่องคอมพิวเตอร์วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยมัธยฐานเลขคณิต วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการทำงาน และประสบการณ์การได้รับอันตราย) กับพฤติกรรมการป้องกันผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม โดยสถิติค่าไคว์-สแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ส่วนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน และครอบครัว กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม โดยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม โดยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่

1) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 70 อายุระหว่าง 30-45 ปี ร้อยละ 49.50 สถานภาพโสด ร้อยละ 59.75 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 40.25 และมีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 67.50 ส่วนใหญ่เป็นพนักงานประจำ ร้อยละ 95.75 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 80 แต่ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 77 ด้านสุขภาพ พบว่าร้อยละ 72.25 มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และร้อยละ 66.50 ได้รับการรักษาโดยส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสังคมที่โรงพยาบาลเลิดสิน (ร้อยละ 31)

2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.76, SD = 0.2013$) โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคผิวหนังจากสารเคมี ($M = 2.79, SD = 0.3376$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคผิวหนังจากสารเคมี ($M = 2.65, SD = 0.2740$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี ($M = 2.75, SD = 0.2780$) การรับรู้ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี ($M = 2.71, SD = 0.3692$) และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี ($M = 2.92, SD = 0.2076$) และพบว่าด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังมีค่าเฉลี่ยที่สูงที่สุด

2. ปัจจัยเอื้อพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.45, SD = 0.33$) และจำแนกรายด้านอยู่ในระดับสูงทั้งหมด ได้แก่ ด้านนโยบายสิ่งแวดล้อมสีเขียว ($M = 2.67, SD = 0.31$) การใช้สารเคมีปลอดภัย ($M = 2.58, SD = 0.29$) การจัดการสารเคมีหลังโควิด-19 ($M = 2.52, SD = 0.35$) และกฎระเบียบสถานประกอบการ ($M = 2.49, SD = 0.30$) มีเพียงด้านความเพียงพอและความเหมาะสมของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลที่อยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.98, SD = 0.41$) และนโยบายการรักษาสิ่งแวดล้อมสีเขียว อยู่ในระดับสูงที่สุด ($M = 2.84, SD = 0.2840$) และด้านความเพียงพอและความเหมาะสมของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล อยู่ในระดับต่ำ ($M = 1.84, SD = 0.3971$)

3) ปัจจัยเสริม พบว่า มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคอาการของโรคและวิธีการป้องกันโรคจาก บุคคลต่างๆ หลายกลุ่ม จากคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน บุคลากรทางการแพทย์ ผู้แทนจำหน่ายสินค้าและสื่ออินเทอร์เน็ต และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ($M = 2.94, SD = 0.285$) ซึ่งการรับรู้จากเพื่อนร่วมอาชีพ มีระดับสูงที่สุด ($M = 2.97, SD = 0.222$)

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาด

2.1) ผลการวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ เพศ ($\chi^2=2.061, p\text{-value } p=0.151$) อายุ ($\chi^2=2.813, p\text{-value } =0.245$) สถานภาพสมรส ($\chi^2=2.033, p\text{-value}=0.362$) ระดับการศึกษา ($\chi^2=3.199, p=0.362$) ประสบการณ์การทำงาน ($\chi^2=0.911, p\text{-value } =0.634$) โรคประจำตัว ($\chi^2=1.626, p\text{-value } =0.202$) และรายได้ ($\chi^2=0.108, p\text{-value } =0.742$) ดังแสดงตารางที่ 1

2.2) ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคผิวหนังจากสารเคมีไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในระดับต่ำ ($r=0.223$, $p\text{-value} < .01$) และ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม ในระดับต่ำ ($r=0.353$, $p\text{-value} < .01$) และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในระดับปานกลาง ($r=0.546$, $p\text{-value} < .01$) แสดงว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลทำให้พนักงานแม่บ้านมีพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีดีขึ้นด้วย ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำ

ทำความสะอาดโรงแรม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		แปลผล
	(r)	p-value	
1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคผิวหนังจากสารเคมี	-0.083	0.098	ระดับต่ำ
2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคผิวหนังจากสารเคมี	0.058	0.251	ระดับต่ำ
3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี	0.223	0.000	ระดับต่ำ
4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี	0.353	0.000	ระดับปานกลาง
5) แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี	0.546	0.000	ระดับปานกลาง

$p\text{-value} < 0.01$

2.3 ปัจจัยอื่น พบว่าปัจจัยอื่นโดยรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในระดับปานกลาง ($r = 0.485$, $p\text{-value} < 0.01$) โดยปัจจัยด้านกฎระเบียบสถานประกอบการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในระดับ

ปานกลาง ($r = 0.620$) และด้านนโยบายการรักษาสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในระดับปานกลาง ($r = 0.504$) ส่วนด้านความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในระดับปานกลาง ($r = 0.361$) ขณะที่นโยบายการใช้สารเคมีหลัง COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในระดับต่ำ ($r = 0.256$) และนโยบายการเลือกใช้สารเคมีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในระดับต่ำ ($r = 0.227$) แสดงว่าการกำหนดกฎระเบียบที่ชัดเจนและนโยบายสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พฤติกรรม ป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี		แปลผล
	(r)	p-value	
ด้านนโยบายการรักษาสิ่งแวดล้อม	0.504	0.000	ระดับปานกลาง
ด้านนโยบายการเลือกใช้สารเคมี	0.227	0.000	ระดับต่ำ
ด้านนโยบายการใช้สารเคมีในการปฏิบัติงานหลังสถานการณ์การระบาด COVID-19	0.256	0.000	ระดับต่ำ
ด้านกฎระเบียบสถานประกอบการ	0.620	0.000	ระดับปานกลาง
ด้านความเพียงพอและเหมาะสมของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล	0.361	0.000	ระดับปานกลาง
สรุปปัจจัยเอื้อ	0.485	0.000	

$p\text{-value} < 0.01$

2.4. ปัจจัยเสริม พบว่า ในภาพรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม ($r=0.631$) โดยการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ และวิธีป้องกันมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลาง ($r=0.583$) ส่วนการได้รับการกระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรค เช่น การใส่อุปกรณ์ป้องกัน การอาบน้ำ และล้างมือบ่อยๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง ($r=0.626$) ผลการศึกษาแสดงว่าการได้รับข้อมูลและการกระตุ้นเตือนที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้พนักงานมีพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีดีขึ้น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาด โรงแรม

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์		แปลผล
	(r)	p- value	
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการของโรคและวิธีการป้องกันโรค	0.583	0.000	ระดับปานกลาง
ได้รับการกระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรค เช่น ใส่อุปกรณ์ป้องกัน อาบน้ำ และล้างมือบ่อยๆ	0.626	0.000	ระดับปานกลาง
สรุปปัจจัยเสริม	0.631	0.000	ระดับปานกลาง

p-value < 0.01

3. ความสามารถของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนัง จากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม

การวิเคราะห์อำนาจทำนายของปัจจัยต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมได้ทดสอบค่า Multicollinearity ก่อนการวิเคราะห์และพบว่าไม่มีปัญหาในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยค่าความสัมพันธ์ทุกตัวไม่เกิน 0.80 จึงสามารถใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนได้ (Neter et al., 2004)

ผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมี (Y) ได้แก่ กฎระเบียบสถานประกอบการ (A) การได้รับการกระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรค (B) แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน (C) และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค (D) โดยมีสมการดังนี้

$$Y = 0.068A + 0.063B + 0.161C + 0.108D + 1.695$$

ทั้งนี้ปัจจัยทั้ง 4 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมได้ร้อยละ 49.9 (R^2 adjust = 0.499) แสดงว่า เมื่อกฎระเบียบสถานประกอบการ (A) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมจะเพิ่มขึ้น 0.068 หน่วย การกระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรค (B) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมจะเพิ่มขึ้น 0.063 หน่วย แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน (C) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมจะเพิ่มขึ้น 0.161 หน่วย และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค (D) เพิ่มขึ้น 1 หน่วย พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมจะเพิ่มขึ้น 0.108 หน่วย โดยมีค่าคงที่ 1.695 เป็นค่าพื้นฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสามารถของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	p-value
ด้านกฎระเบียบสถานประกอบการ (A)	0.068	0.017	0.221	4.067	0.000
การได้รับการกระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรค เช่น ใส่อุปกรณ์ป้องกัน อาบน้ำ และล้างมือบ่อยๆ (B)	0.063	0.018	0.203	3.416	0.001
แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจาก สารเคมี (C)	0.161	0.032	0.222	4.952	0.000
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือสื่อมวลชนต่างๆ ในการ ป้องกันโรคผิวหนังจากการใช้สารเคมี (D)	0.108	0.028	0.203	3.813	0.000

ค่าคงที่ = 1.695 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < 0.01$) ค่า $R = 0.71$ $R^2 = 0.504$ $F = 100.343$
 ค่า R^2 adjusted = 0.499

อภิปรายผล

1. การทดสอบสมมติฐาน พบว่า ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ โดยมีสมมติฐานย่อยดังนี้

1) **ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล** พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของพิมาน ชีระรัตนสุนทรและคณะ (2560) พิณภูริณีย์ จิตคำ และคณะ (2564) Smith et al. (2021) และ Wang and Liu (2023) แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hsieh et al. (2014) และ Park and Kim (2020) ที่พบว่า การศึกษาและรายได้มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากวัฒนธรรมองค์กร มาตรฐานความปลอดภัย และผลกระทบจากโควิด-19 ที่มีบริบทแตกต่างจากการศึกษานี้ และส่วนใหญ่เป็นผลการศึกษานี้เป็นกลุ่มที่มีปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ลักษณะมีความคล้ายคลึงกัน ดังนั้น การทดสอบความแตกต่างจึงอาจไม่พบว่าปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกันจะทำให้พฤติกรรมการป้องกันของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมแตกต่างกัน ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันสุขภาพอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยแวดล้อมและบริบทขององค์กรอื่น ๆ ด้วย (McLeroy et al., 1988; Green & Kreuter, 2005)

1) **แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ** พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคผิวหนังจากสารเคมีไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม ขณะที่พบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจาก

สารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม และแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsieh et al. (2014) และ Yang et al. (2022) ที่พบความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน แต่แตกต่างจากศึกษาของ Williams and Johnson (2021) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากผลกระทบของโควิด-19 ที่มีผลทำให้บุคคลมีความตระหนักถึงอันตรายของโรคเนื่องจากโรคโควิด-19 มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตสูง ดังนั้น บุคคลอาจมีความหวาดกลัวต่อความรุนแรงของโรคและมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อโอกาสที่ตนเองจะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อและอาจเสียชีวิตจากโรค ดังนั้นบุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคให้ถูกต้อง นอกจากนี้ในช่วงดังกล่าวหากมีการเจ็บป่วย พนักงานจะถูกกักตัวและหยุดงาน ซึ่งจะขาดรายได้ ทั้งนี้ Chen et al. (2023) ระบุว่าสภาพการจ้างงานและค่าตอบแทนอาจส่งผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยความไม่มั่นคงในการทำงานอาจทำให้พนักงานยอมรับความเสี่ยงมากขึ้น

2. ปัจจัยเอื้อ พบว่า ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในเชิงบวกในทุกด้าน โดยกฎระเบียบสถานประกอบการมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($p < 0.01$) สอดคล้องกับ Davidson et al. (2022) และ Wilson and Brown (2023) ที่พบว่ากฎระเบียบที่ชัดเจนส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้นโยบายสิ่งแวดล้อมสีเขียวและการเลือกใช้สารเคมีมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำ ซึ่ง Kumar and Lee (2023) ระบุว่านโยบายเหล่านี้เป็นนามธรรมและยากต่อการปฏิบัติ และ Chen and Smith (2023) ระบุว่าต้องใช้เวลาร่วมสร้างการเข้าใจและการยอมรับ ดังนั้นระดับความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงอาจไม่สูงมากนัก

ข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ความเพียงพอและความเหมาะสมของอุปกรณ์ที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และ Wang et al. (2023) เสนอว่าการผสมผสานระหว่างอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอและกฎระเบียบที่เข้มงวดจะช่วยส่งเสริมการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพซึ่งกันและกัน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model ในส่วนของปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นกฎระเบียบที่ชัดเจน ทรัพยากรสนับสนุนนโยบายองค์กร และระบบสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ข้อสรุปสำคัญคือการสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพควรเน้นการบังคับใช้กฎระเบียบที่เป็นรูปธรรมมากกว่าการกำหนดนโยบายในระดับกว้าง

3. ปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Taylor et al. (2023) และ Wilson et al. (2022) ที่พบว่าทำให้ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมป้องกัน และ Zhang et al. (2023) อธิบายว่าการให้ความรู้ช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ส่วนการกระตุ้นเตือนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับ Johnson and Lee (2023) และ Wang and Thompson (2023) ที่พบว่า การกระตุ้นเตือนเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว ต้องผสมผสานกับการให้ความรู้ที่ถูกต้องและครบถ้วน และสอดคล้องกับ Anderson et al. (2023) และ Miller et al. (2023) ที่ระบุว่าพัฒนาพฤติกรรม

การป้องกันที่มีประสิทธิผลควรเน้นการให้ความรู้เป็นหลัก และใช้การกระตุ้นเตือนเป็นมาตรการเสริม พร้อมติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน

4. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรมในเขตบริการสุขภาพกรุงเทพใต้ ประกอบด้วย การรับรู้ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคผิวหนังจากการสารเคมี แรงจูงใจการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคผิวหนังจากสารเคมี นโยบายการใช้สารเคมีหลังการระบาดของ COVID-19 กฎระเบียบสถานประกอบการ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคผิวหนัง และการได้รับการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน สอดคล้องกับแนวคิดของกรียและครูเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่ระบุว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยการศึกษาพบว่า การรับรู้ปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคผิวหนังจากการสารเคมี รวมทั้ง การมีกฎระเบียบสถานประกอบการที่ชัดเจน การมีการกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องจะช่วยให้พนักงานมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่ดีและเหมาะสม การศึกษานี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของศิวัช พงษ์เพียจันทร์ (2561) ที่พบว่าปัจจัยเสริม มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และสมพิศ พุทธิรักษา และคณะ (2562) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติตน เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคของบุคคลได้

ข้อเสนอในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยต่อไปควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกับความเป็นจริงเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน โดยควรมุ่งเน้นปัจจัยด้านองค์กรและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น นโยบายความปลอดภัย การสนับสนุนจากผู้บริหาร และความเพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันภัย ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการตนเองของพนักงาน นอกจากนี้ ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีในพนักงานทำความสะอาดโรงแรม และขยายขอบเขตการศึกษาไปยังกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมและเกษตรกร เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยและพฤติกรรมป้องกันโรค รวมถึงการศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จากโรคผิวหนังจากสารเคมีเพื่อสะท้อนความสำคัญของมาตรการป้องกันที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคผิวหนังจากการประกอบอาชีพ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2566). *แนวทางการทำความสะอาดฆ่าเชื้อในสถานที่ต่างๆ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม*. กระทรวงสาธารณสุข.

พินัญญิณี จิตคำ, อมรรัตน์ แสงนิล, อรยา นิลสุขุม, และอรรัมภา เพชรรัตน์. (2564). ปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการอันตรายจากการใช้สารเคมีของพนักงานในร้านเสริมสวย ใน เขตเทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์*, 16(2), 107-122.

- พิมาน ชีระรัตนสุนทรและคณะ.(2560). ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงจากการรับสัมผัสสารฟอร์มาลดีไฮด์ของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. (พฤษภาคม-มิถุนายน).(26)3, 506-516
- โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์.(2562). รายงานผลการปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ 2562
- ศิริข พงษ์เพียจันทร์. (2561). พฤติกรรมการป้องกันโรคผิวหนังจากสารเคมีของพนักงานแม่บ้านโรงแรมเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 10(2), 117-129.
- สมพิศ พุทธรักษา, จีราวรรณ สุวรรณเกษร, และศิวพันธุ์ อนุศาสนนันท์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีของพนักงานทำความสะอาดโรงแรม อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(3), 73-87.
- สมาคมโรงแรมไทย. (2561). *คู่มือการปฏิบัติงานแม่บ้านโรงแรม*. สืบค้นจาก <https://www.thaihotels.org/library/housekeeper-manual>
- สำนักงานประกันสังคม. (2565). *สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสังคม*. https://www.sso.go.th/wpr/medical_benefits.jsp
- Anderson, P., Lee, M., & Smith, J. (2023). *Knowledge and preventive behaviors in workplace safety. Safety Science*, 158, 105974.
- Brown, R., & White, K. (2023). Long-term effects of occupational health education. *Journal of Occupational Safety*, 45(3), 278-290.
- Bureau of Occupational and Environmental Diseases. (2022). *Annual report on occupational diseases surveillance in Thailand 2021*. Ministry of Public Health Thailand.
- Chen, H., & Smith, J. (2023). Implementation of COVID-19 policies in workplace safety. *Journal of Occupational Health*, 65(2), 178-190.
- Chen, L., Wang, H., & Zhang, M. (2023). Work conditions and risk perception among hotel cleaning staff. *Occupational Safety and Health*, 45(2), 178-192.
- Cochran, W. G. (1963). *Sampling techniques (2nd ed.)*. John Wiley & Sons.
- Davidson, R., Wilson, K., & Brown, M. (2022). *Workplace regulations and preventive behaviors. Safety Science*, 155, 105842.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications (3rd ed.)*. SAGE Publications.
- Gawkroder DJ, Lloyd MH, Hunter JA. Occupational skin disease in hospital cleaning and kitchen workers. *Contact dermatitis*. 1986;15(3):132-5.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.)*. McGraw-Hill.

- Hsieh, Y. C., Apostolopoulos, Y., & Sönmez, S. (2016). The world at work through the lens of hotel cleaners. *Gender, Work & Organization*, 23(6), 568-587. <https://doi.org/10.1111/gwao.12100>
- Hsieh, Y. C., Apostolopoulos, Y., Hatzudis, K. M. P. H., & Sönmez, S. (2014). Occupational exposures and health outcomes among Latina hotel cleaners. *Hisp Health Care Int*, 12(1), 6-15.
- Johnson, M., & Lee, S. (2023). Reminders and knowledge in safety behaviors. *International Journal of Workplace Health Management*, 16(2), 145-158.
- Kumar, S., & Lee, P. (2023). Environmental policies and chemical safety in hospitality sector. *International Journal of Environmental Research*, 17(3), 245-258.
- Levin, R. I., & Rubin, D. S. (1991). *Statistics for management (5th ed.)*. Prentice Hall.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1-55.
- Mastercard. (2023). *Mastercard Global Destination Cities Index*. <https://www.mastercard.com/news/research-reports/global-destination-cities-index-2023/>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377.
<https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Merck Manuals. (2020, August). *Contact dermatitis*. <https://www.merckmanuals.com/home/skin-disorders/dermatitis/contact-dermatitis>
- Miller, J., Brown, S., & Wilson, K. (2023). Integrated approach to safety behavior development. *Journal of Occupational Health*, 56(4), 423-435.
- Neter, J., Wasserman, W., & Kutner, M. H. (2004). *Applied linear statistical models (5th ed.)*. McGraw-Hill.
- Neyman, J. (1937). Outline of a theory of statistical estimation based on the classical theory of probability. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series A, Mathematical and Physical Sciences*, 236(767), 333-380.
- Park, J., & Kim, H. (2020). *Socioeconomic factors and occupational safety behaviors in South Korea*. *Safety Science*, 128, 104756.
- Raksanam, B., Songthap, A., Boonchoo, R., & Moonsri, S. (2022). Factors influencing pesticide protective behaviors and health effects among Thai farmers in Kanjanaburi Province. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2361.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19042361>
- Rovinelli, R.J. and Hambleton, R.K. (1976). *On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity*. Paper presented at the annual meeting of the American

Educational Research Association : California. April 19 – 23, 1976)0 [Online] Available :

<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED121845.pdf>. Retrieved Feb 3, 2018.

Smith, R., Johnson, M., & Williams, K. (2021). Demographic factors and safety behaviors in high-risk occupations. *Journal of Safety Research*, 76, 232-241.

Taylor, R., Wilson, P., & Davis, M. (2023). *Health education effectiveness in chemical exposure prevention*. *Journal of Safety Research*, 85, 234-246.

Thongsuk, N., Siriwong, W., & Borwornkiate, P. (2019). Direct medical costs and indirect costs of occupational contact dermatitis in Thailand: A retrospective study. *Journal of Health Research*, 33(4), 294-301.

U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Occupational skin diseases: A comprehensive study*. <https://www.hhs.gov/reports/2010/occupational-skin-diseases.pdf>

Wang, L., & Liu, Y. (2023). Personal factors affecting preventive behaviors among cleaning staff in Hong Kong. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 29(1), 78-89.

Wang, L., & Thompson, R. (2023). Long-term effects of health education in workplace. *Safety Science*, 165, 105992.

Williams, K., & Johnson, P. (2021). Health belief model and preventive behaviors: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 26(8), 1178-1195.

Wilson, K., Brown, M., & Smith, T. (2022). Factors affecting preventive behaviors. *Occupational Health*, 64(4), 367-380.

Yang, R., Liu, J., & Chen, S. (2022). Motivation and preventive health behaviors among hospitality workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 21-45.

Zhang, H., Liu, M., & Chen, S. (2023). Knowledge impact on preventive behaviors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 34-56.

พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายใหม่ในจังหวัดสุพรรณบุรี

กาญจนา อาชีพ, พย.ม.* และ วัฒนา ชยธวัช, ปร.ด.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณพยากรณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดสุพรรณบุรีปีงบประมาณ 2568 โดยรวบรวมข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐาน การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เขตสุขภาพที่ 5 เป็นข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567 วิเคราะห์ข้อมูลรายปี ด้วยทฤษฎีระบบเกรย์ ผลการวิจัยพบว่า การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือด ตัวแบบ GM(1,1) Error Periodic Correction มีค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ (MAPE) ในช่วงเวลาระหว่างปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567 ร้อยละ 3.66, 4.15, และ 7.23 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง ส่งผลให้ค่าพยากรณ์ในปีงบประมาณ 2568 จะมีผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน ลดลง โรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ถ้าเลือกตัวแบบ GM(1,1) ที่มี MAPE 13.16, 11.68, และ 13.00 ตามลำดับ ซึ่งจะทำให้มีผู้ป่วยรายใหม่ 12,940, 6,079, และ 82 ราย ตามลำดับ เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 5.14, 7.97, และ 28.20 ตามลำดับ

คำสำคัญ : การพยากรณ์ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทฤษฎีระบบเกรย์

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

** คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

Correspondence: vadhana.j@ptu.ac.th

(Received: October 20, 2024; Revised: February 27, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Forecast the noncommunicable disease incidents in Suphanburi Province

Kanjana Arechep, M.NS.* & Vadhana Jayathavaj, Ph.D.**

Abstract

This quantitative forecasting research aimed to study the forecasting of the number of new patients with chronic non-communicable diseases in Suphanburi Province in fiscal year 2025. The time series data collected from the standard reporting group illnesses with important non-communicable diseases, Health Zone 5, data from fiscal years 2013 to 2024, Ministry of Public Health., and analyzed annually data with Grey Systems Theory. The results showed that forecasting the number of new cases of high blood pressure, diabetes, and cardiovascular disease, the GM(1,1) Error Periodic Correction model had a mean absolute percentage error (MAPE) for the period from fiscal year 2013 to fiscal year 2024 in percent of 3.66, 4.70, and 7.23, respectively, which were within the criteria for high accuracy prediction. There will be a decrease in new patients with high blood pressure and diabetes, and a slight increase in cardiovascular disease. In fiscal year 2025, If the GM(1,1) models with MAPE 13.16, 11.68, and 13.00 were selected, respectively, which would result in 12,940, 5,801, and 82 new patients, respectively, an increase from fiscal year 2024 in percent of 5.14 , 7.97, and 28.20, respectively.

Keywords: Forecasting, Incidents, Non-Communicable diseases, Grey Systems Theory

* Faculty of Nursing, Campus, Western University

** Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ Non-Communicable Diseases (NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากปัจจัยภายในร่างกายและวิถีชีวิตของบุคคล โดยไม่ได้มีการแพร่เชื้อผ่านการสัมผัสหรือพาหะโรคใด ๆ โรคเหล่านี้มักมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การละเลยการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน หรือเกลือในปริมาณที่มากเกินไป รวมถึงความเครียดสะสม ในระดับสากล NCDs ถือเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและการสูญเสียคุณภาพชีวิตในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยเอง ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคในกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2562 พบว่าโรคที่คร่าชีวิตประชากรส่วนใหญ่ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยลำดับดังกล่าวสะท้อนถึงความเสี่ยงของปัญหาที่ต้องการการเฝ้าระวังและแก้ไขอย่างจริงจัง (กลุ่มเทคโนโลยีและระบาดวิทยา, 2566)

ในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ของ 8 จังหวัดในภาคตะวันตก ได้แก่ สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม และสมุทรสาคร พบว่า จังหวัดสุพรรณบุรีในปีงบประมาณ 2567 ได้รายงานจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 1,534.49, 701.97, และ 7.98 ตามลำดับ เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยโดยรวมของเขตสุขภาพที่ 5 ที่มีค่า 1,582.88, 685.00, และ 15.77 ตามลำดับ ซึ่งบ่งชี้ว่าจังหวัดสุพรรณบุรีมีอัตราโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยโดยรวม แต่ในกรณีของโรคหัวใจและหลอดเลือดกลับมีอัตราที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

เมื่อพิจารณาแนวโน้มในช่วงระยะเวลา 10 ปี ระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดสุพรรณบุรีเพิ่มขึ้นจาก 8,829 ราย เป็น 12,307 ราย ขณะที่โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 2,920 ราย เป็น 5,630 ราย สำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งเริ่มเก็บข้อมูลในปีงบประมาณ 2560 พบว่า จำนวนผู้ป่วยรายใหม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่คงที่ โดยลดลงและเพิ่มขึ้นสลับกัน ก่อนจะอยู่ที่ 64 รายในปีงบประมาณ 2567 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดการและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในพื้นที่

การประเมินจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองในสาธารณสุขประชาชนจีน ได้ดำเนินการโดยใช้ข้อมูลระหว่างปี 2006 ถึง 2015 เพื่อสร้างแบบจำลอง GM(1,1) ซึ่งเป็นแบบจำลองพื้นฐานตามทฤษฎีระบบเกรย์ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าความคลาดเคลื่อนเฉลี่ยในช่วงเวลาดังกล่าวอยู่ที่ 11.54%, 10.50% และ 9.59% ตามลำดับ การพยากรณ์ดังกล่าวสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการด้านสาธารณสุข เช่น การวางแผนการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ รวมถึงการสนับสนุนโรงพยาบาลในการบริหารการลงทุนในด้านสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (Duan et al., 2017)

ดังนั้น การมีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ระหว่างปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567 จากข้อมูลในอดีตที่มีขนาดและทิศทางของจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรค NCDs ของจังหวัดสุพรรณบุรี การพยากรณ์ไปในอนาคตจากข้อมูลในอดีตก็จะเป็นแนวทางในการบริหารจัดการ

เกี่ยวกับผู้ป่วยโรค NCDs ในเชิงพื้นที่ที่สามารถดำเนินการได้ในเบื้องต้น ทั้งนี้เพื่อกำหนดมาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน เฝ้าระวัง และการจัดเตรียมทรัพยากรรองรับที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในจังหวัดสุพรรณบุรีสำหรับปีงบประมาณ 2568 ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโดยรวมแต่ละกลุ่มโรค รายปีงบประมาณ ระหว่างปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567

ระเบียบวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Forecasting research) ด้วยวิธีวิเคราะห์อนุกรมเวลาตัวแปรเดียว (Univariate time series analysis)

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ของจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งสามโรคของจังหวัดสุพรรณบุรีระหว่างปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567 ซึ่งปีงบประมาณ พ.ศ.ใด จะเริ่มต้นจากวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. ก่อนหน้า สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายนของ พ.ศ.นั้น เช่น ปีงบประมาณ 2567 เริ่มต้น 1 ตุลาคม 2566 ถึง 30 กันยายน 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตารางบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแนวสดมภ์ (column) ประกอบด้วย ปีงบประมาณ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน และจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งแต่ละแถว (row) ของข้อมูล คือ ปีงบประมาณ กับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปีงบประมาณนั้น ๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตารางบันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด รายปีงบประมาณมีความเหมาะสมในการเตรียมข้อมูลนำเข้าตัวแบบทฤษฎีระบบเกรย์เพื่อประมวลผลต่อไปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลบันทึกตารางแล้ว ตรวจสอบข้อมูลตัวเลขจำนวนผู้ป่วยในตารางให้ตรงโรคและปีงบประมาณกับแหล่งข้อมูลโดยผู้รวบรวมข้อมูลเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด ของจังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567 รวบรวมจากเว็บไซต์ระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) โดยเลือกจากระบบงานตามลำดับดังนี้ 1) เลือก [กลุ่มรายงานมาตรฐาน] [การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ] 2) เลือกโรค

[1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)] หรือ [4. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ] หรือ [10. อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ] แล้ว 3) เลือกปีงบประมาณ [2567 2566 2565 ... 2556] 4) เลือกเขตสุขภาพ [เขตสุขภาพที่ 5] 5) เลือกจังหวัด [จังหวัดทั้งหมด] จะได้ข้อมูลของโรคที่เลือกทั้ง 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 ในปีที่เลือกนั้น การเลือกข้อมูลระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุขข้างต้นจะได้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายใหม่แต่ละโรคแต่ละปีงบประมาณทั้ง 8 จังหวัด ซึ่งต้องนำมาจำแนกเฉพาะจังหวัดสุพรรณบุรี แล้วบันทึกจำแนกโรครายปี ปีงบประมาณ เพื่อนำเข้าสู่ตัวแบบตามทฤษฎีระบบเกรย์ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยที่ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโดยรวมจากข้อมูลทุติยภูมิที่เปิดเผยและสามารถเข้าถึงได้โดยบุคคลทั่วไป ไม่สามารถระบุตัวตนปัจเจกบุคคลใด ๆ ที่ทำการศึกษาวิจัยได้ไม่ใช่งานวิจัยในคน จึงไม่ต้องขอรับรองจริยธรรม แม้แต่การขอรับรองแบบ Exemption ตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2565 (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565; พรพิมล อตัมส์, ม.ป.ป.) การวิจัยนี้ใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โดยรวมโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือดรายปีงบประมาณของจังหวัดสุพรรณบุรีที่เผยแพร่ต่อสาธารณะโดยกระทรวงสาธารณสุข เมื่อใช้แบบประเมินตนเองของศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน (2565) แล้ว ก็พบว่า เป็นการวิจัยที่ไม่มีการใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่ทำให้ผู้วิจัยสามารถติดต่อกับผู้ป่วยรายใหม่บุคคลใด ๆ ได้ และการวิจัยก็ไม่ได้ใช้ข้อมูลส่วนบุคคลหรือกระทำการใด ๆ ต่อผู้ป่วยรายใหม่เหล่านั้นแต่อย่างใด จึงไม่เข้าข่ายงานวิจัยในคนดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทฤษฎีระบบเกรย์ (Grey Systems Theory) ถูกพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2525 โดยศาสตราจารย์ Julong Deng จากมหาวิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีหัวจง เมืองหวู่ฮั่น ประเทศจีน (Deng, 1982) ทฤษฎีนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อใช้ในการสร้างตัวแบบทางคณิตศาสตร์จากข้อมูลจำนวนจำกัด ตัวแบบพื้นฐาน $GM(1,1)$ สามารถนำไปใช้ได้กับข้อมูลอนุกรมเวลาที่มีช่วงเวลาสม่ำเสมอ โดยต้องมีจำนวนข้อมูลขั้นต่ำเพียง 4 ชุดก็เพียงพอสำหรับการคาดการณ์ตามหลักการของระบบเกรย์ สัญลักษณ์ "G" หมายถึงสีเทาที่แสดงถึงความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และ "M" หมายถึงตัวแบบ โดยตัวเลข "1" ตัวแรกในวงเล็บแสดงถึงสมการเชิงอนุพันธ์ลำดับที่ 1 และตัวเลข "1" ตัวที่สองแสดงถึงการมีตัวแปรอิสระเพียงหนึ่งตัวแปร (Xie, 2022)

กระบวนการสร้างตัวแบบ $GM(1,1)$ เริ่มต้นด้วยการเปลี่ยนข้อมูลต้นฉบับให้เป็นอนุกรมเวลาที่มีค่าค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามเวลา (monotonic increasing) โดยการคำนวณค่าสะสม ซึ่งค่าสะสมที่คาบเวลาหนึ่ง ๆ จะเท่ากับผลรวมของค่าก่อนหน้าทั้งหมดจนถึงเวลานั้น จากนั้นคำนวณค่าเฉลี่ยระหว่างค่าสะสมกับค่าก่อนหน้า แล้วใช้ค่าเฉลี่ยเหล่านั้นในการสร้างสมการถดถอยอนุกรมเวลา โดยคำนวณพารามิเตอร์ของสมการด้วยวิธีกำลังสองน้อยที่สุด และเมื่อได้สมการคาดการณ์ค่าสะสมแล้ว จะปรับค่ากลับเป็นการคาดการณ์ในรูปแบบปกติ (Liu, 2021)

ตัวแบบ $GM(1,1)$ เป็นตัวแบบเริ่มต้นซึ่งได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม เช่น ตัวแบบขยาย ($GM(1,1)E$) และตัวแบบ $GM(1,1)EPC$ (Error Periodic Correction) ที่ถูกออกแบบให้สามารถปรับเปลี่ยนการคาดการณ์ตามรูปแบบข้อมูลที่ไม่

เป็นเส้นตรง โดยมีการปรับค่าคลาดเคลื่อนผ่านอนุกรมฟูริเย่ (Liu & Lin, 2010) การคำนวณในตัวแบบเหล่านี้ได้รับการกล่าวถึงในตำราและบทความวิจัยต่าง ๆ (Liu & Lin, 2010; Lin et al., 2013; Duan et al., 2017)

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้กับจำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้ข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567 ซึ่งมีข้อมูลจำนวนน้อยเพียง 12 ปี สามารถพัฒนาตัวแบบการพยากรณ์ GM(1,1) และ GM(1,1)EPC ตามทฤษฎีระบบเกรย์ ที่ใช้ตัวแปรเพียงตัวแปรเดียวอธิบายตัวเอง ไม่ต้องประมาณค่าตัวแปรต้นอื่น ๆ ก่อนการพยากรณ์แต่อย่างใด

การตรวจสอบความแม่นยำ

ค่าข้อมูลจริง y_i จำนวน n ค่า โดย $i=1,2,...,n$ ส่วน y_i เป็นค่าพยากรณ์ สำหรับค่าเวลาตามข้อมูลที่นำมาใช้พยากรณ์ ส่วนค่าพยากรณ์ไปในอนาคต $i=n+1, n+2, ...$

ค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ (The Mean Absolute Percentage Error - MAPE)

$$MAPE = \left(\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \left| \frac{y_i - \hat{y}_i}{y_i} \right| \right) \times 100\%$$

การนำ MAPE มาใช้เพราะ MAPE มีหน่วยเป็นร้อยละที่ทำให้ผู้ใช้งานเข้าใจได้ง่าย (Andrés, 2023) โดยมีเกณฑ์ความแม่นยำดังนี้ ถ้า MAPE มีค่าน้อยกว่า 10 ตัวแบบมีความแม่นยำสูง, มีค่าระหว่าง 10 ถึง 20 ตัวแบบใช้พยากรณ์ได้ดี, มีค่าระหว่าง 20 ถึง 50 ตัวแบบมีเหตุผลพอที่จะใช้พยากรณ์ได้ และ มากกว่า 50 หมายถึง ตัวแบบไม่มีความแม่นยำ (Lewis, 1982)

ในการพยากรณ์แต่ละโรค ทำการเปรียบเทียบค่า MAPE ของตัวแบบ GM(1,1) และ GM(1,1)EPC เลือกตัวแบบที่มีค่า MAPE ในช่วงเวลาการพัฒนาตัวแบบที่ต่ำกว่ามาใช้พยากรณ์ อย่างไรก็ตาม ก็สามารถเลือกตัวแบบที่น่าจะสอดคล้องกับสถานการณ์แทนได้

ผลการวิจัย

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567 นำมาสร้างตัวแบบตามทฤษฎีระบบเกรย์ ตัวแบบ GM(1,1)GPC มีค่า MAPE น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 3.66 อยู่ในเกณฑ์ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง จึงนำมาใช้พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ 2568 คาดว่าจะมี 9,948 ราย ลดลงจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 19.17 ดังตารางที่ 1 และภาพ 1

ตารางที่ 1 ค่าจริงและค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง (ราย) ของจังหวัดสุพรรณบุรี

ปีงบประมาณ	ค่าจริง	ค่าพยากรณ์	
		GM(1,1)	GM(1,1)EPC
2556	8,829	8,829	8,829
2557	6,813	9,231	6,240
2558	7,151	9,519	7,724
2559	13,485	9,815	12,958
2560	12,046	10,121	12,483
2561	11,458	10,437	11,145
2562	10,823	10,763	10,986
2563	10,025	11,098	10,025
2564	11,222	11,444	11,058
2565	11,088	11,801	11,401
2566	12,467	12,169	12,029
2567	12,307	12,549	12,834
MAPE		13.16	3.66
2568		12,940	9,948
เพิ่มขึ้น/-ลดลงจาก 2567 ร้อยละ		5.14	-19.17

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน

ข้อมูลปีงบประมาณ 2556 ถึง 2567 นำมาสร้างตัวแบบตามทฤษฎีระบบเกรย์ ตัวแบบ GM(1,1)GPC มีค่า MAPE น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 4.15 อยู่ในเกณฑ์ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง จึงนำมาใช้พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานปีงบประมาณ 2568 คาดว่าจะมี 4,733 ราย ลดลงจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 15.93 ดังตารางที่ 2 และภาพ 2

ตารางที่ 2 ค่าจริงและค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน (ราย) ของจังหวัดสุพรรณบุรี

ปีงบประมาณ	ค่าจริง	ค่าพยากรณ์	
		GM(1,1)	GM(1,1)EPC
2556	3,729	3,729	3,729
2557	2,920	4,022	2,678
2558	3,178	4,176	3,455
2559	6,046	4,336	5,757
2560	5,203	4,502	5,482
2561	4,897	4,674	4,652
2562	4,691	4,853	4,883
2563	5,035	5,038	4,912
2564	5,176	5,231	5,220
2565	5,245	5,431	5,283
2566	5,690	5,639	5,572
2567	5,630	5,855	5,817
MAPE		11.68	4.15
2568		6,079	4,733
เพิ่มขึ้น/-ลดลงจาก 2567 ร้อยละ		7.97	-15.93

การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปีงบประมาณ 2556 ถึง 2558 ไม่มีข้อมูลในระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข และมีข้อมูลปีงบประมาณ 2559 เป็นปีแรกไม่แตกต่างจากปีงบประมาณ 2560 จึงเลือกใช้ข้อมูลปีงบประมาณ 2560 ถึง 2567 มาสร้างตัวแบบตามทฤษฎีระบบเกรย์ ตัวแบบ GM(1,1)GPC มีค่า MAPE น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 7.23 อยู่ในเกณฑ์ตัวแบบที่จะใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง จึงนำมาใช้พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือดปีงบประมาณ 2568 คาดว่าจะมี 71 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 11.59 ดังตารางที่ 3 และภาพ 3

ตารางที่ 3 ค่าจริงและค่าพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือด (ราย)
ของจังหวัดสุพรรณบุรี

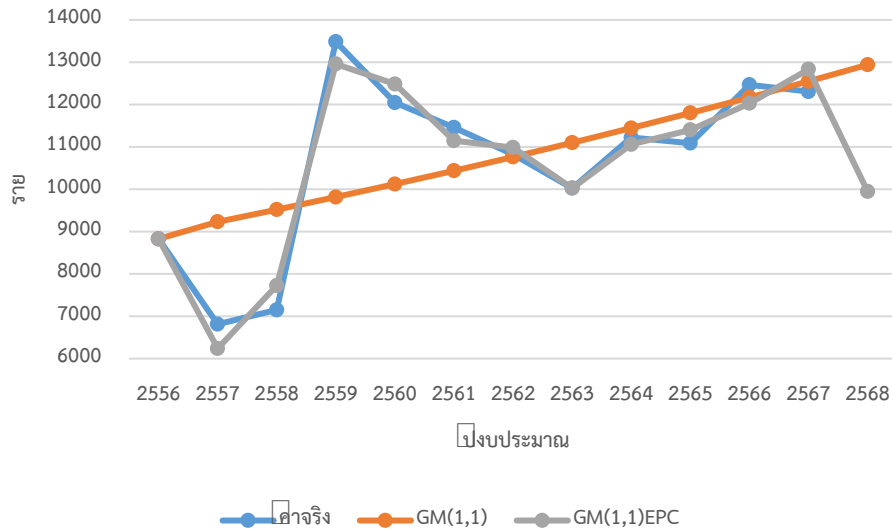
ปีงบประมาณ	ค่าจริง	ค่าพยากรณ์	
		GM(1,1)	GM(1,1)EPC
2556	n.a.		
2557	n.a.		
2558	n.a.		
2559	93		
2560	91	91	91
2561	76	83	72
2562	70	83	70
2563	82	83	86
2564	114	82	106
2565	87	82	96
2566	84	82	75
2567	64	82	71
MAPE		13.00	7.23
2568		82	71
เพิ่มขึ้น/-ลดลงจาก 2567 ร้อยละ		28.20	11.59

หมายเหตุ: n.a. ไม่มีข้อมูล

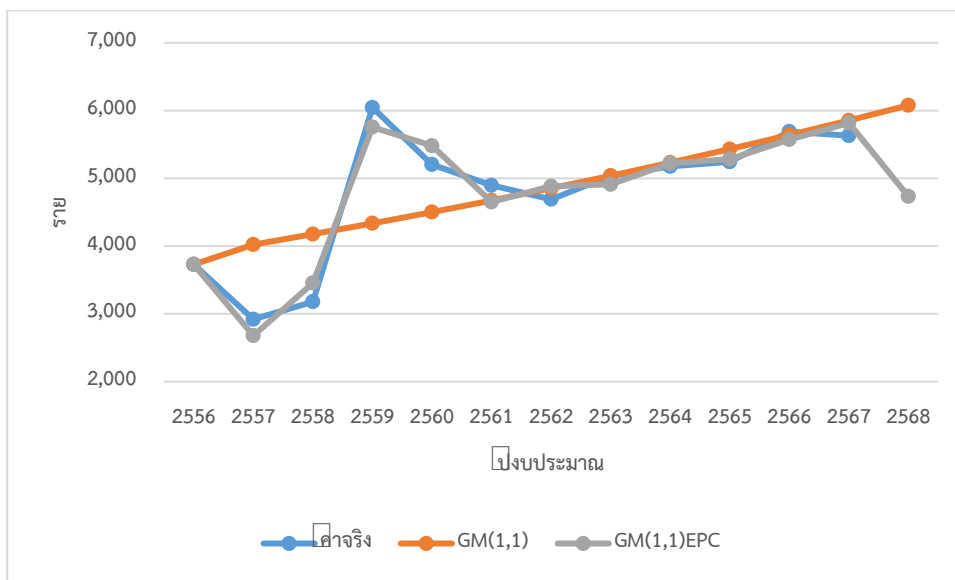
การอภิปรายผล

เมื่อเปรียบเทียบกับพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยโรคโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศ สาธารณรัฐประชาชนจีนโดยใช้ข้อมูลปี 2006 ถึง 2015 สร้างตัวแบบ GM(1,1) โดยมี MAPE ร้อยละ 11.54 10.50 และ 9.59 นั้น (Duan et al., 2017) การใช้ข้อมูลจำนวนน้อยเช่นเดียวกัน ตัวแบบ GM(1,1) และ GM(1,1)EPC ในการพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ทั้งสามโรคในการวิจัยนี้ มี MAPE ต่ำกว่าร้อยละ 10 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง

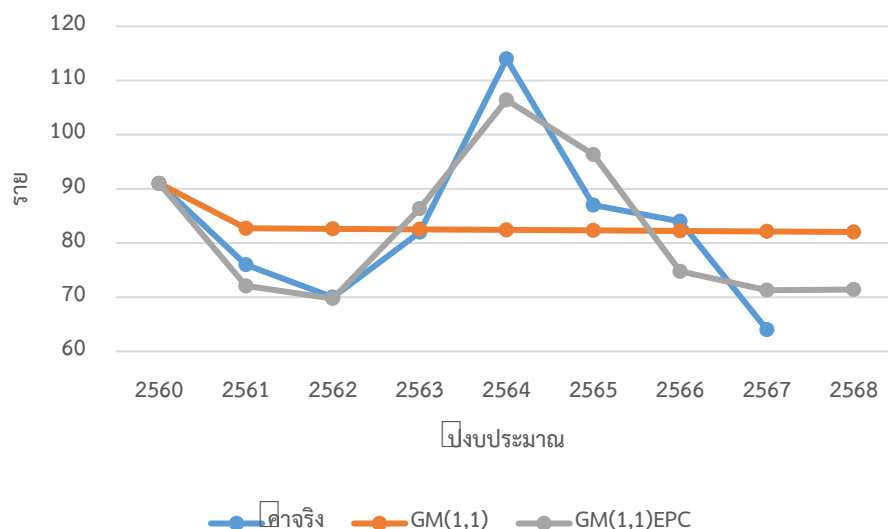
การพยากรณ์จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน, และโรคหัวใจและหลอดเลือด ตัวแบบ GM(1,1) Error Periodic Correction มีค่าเฉลี่ยร้อยละความผิดพลาดสัมบูรณ์ (MAPE) ในช่วงเวลาระหว่างปีงบประมาณ 2557 ถึง 2567 ร้อยละ 3.66, 4.70, และ 7.23 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้พยากรณ์ได้แม่นยำสูง ส่งผลให้ค่าพยากรณ์ในปีงบประมาณ 2568 จะมีผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน ลดลง และโรคหัวใจและหลอดเลือด เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ดังนั้นจึงเลือกตัวแบบ GM(1,1) ที่มี MAPE 13.16, 9.09, และ 13.00 ตามลำดับ ซึ่งจะทำให้มีผู้ป่วยรายใหม่ 12,940, 5,801, และ 82 ราย ตามลำดับ เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 5.14, 3.04, และ 28.20 ตามลำดับ ดังแสดงในภาพ 1, 2, และ 3



ภาพ 1 ค่าจริงและค่าพยากรณ์ตามตัวแบบ GM(1,1)EPC จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสุพรรณบุรี



ภาพ 2 ค่าจริงและค่าพยากรณ์ตามตัวแบบ GM(1,1)EPC จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน จังหวัดสุพรรณบุรี



ภาพ 3 ค่าจริงและค่าพยากรณ์ตามตัวแบบ GM(1,1)EPC จำนวนผู้ป่วยรายใหม่โรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้วิธีการพยากรณ์อนุกรมเวลาตัวแปรเดียวอาศัยข้อมูลจำนวนผู้ป่วยใหม่ในแต่ละปีงบประมาณที่ผ่านมาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น โดยไม่ได้คำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมหรือการดำเนินโครงการตามมาตรการในพื้นที่ร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

ค่าพยากรณ์นี้อ้างอิงจากหลักการพยากรณ์แบบอนุกรมเวลา ซึ่งตั้งอยู่บนสมมติฐานว่ารูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่เคยเกิดขึ้นในอดีตจะยังคงดำเนินต่อไปในอนาคต (Hyndman & Athanasopoulos, 2021) ทั้งนี้ การดำเนินการมาตรการแทรกแซงในพื้นที่สามารถส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในอนาคต และอาจส่งผลต่อความแม่นยำของค่าพยากรณ์ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การติดตามเปรียบเทียบค่าพยากรณ์เมื่อข้อมูลจริงปรากฏ เพื่อการปรับปรุงพัฒนาตัวแบบการพยากรณ์เพื่อเสริมการปฏิบัติงาน

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคติดต่อเรื้อรังของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐฐานะ ความเป็นอยู่ สวัสดิการ การบริโภคอาหาร สุรา บุหรี่ และอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน - สถานะสุขภาพ >> การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ*.

<https://hdcservice.moph.go.th>

กลุ่มเทคโนโลยีและระบาดวิทยา, กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *รายงานการสำรวจและคัดกรองสภาวะสุขภาพประเด็นโรคไม่ติดต่อ ผ่าน Application smart อสม. ปี พ.ศ. 2566*.

<https://ddc.moph.go.th>

พรพิมล อดัมส์. (ม.ป.ป.). *ความสำคัญของการขอรับรองจริยธรรมการวิจัย*. <https://www.tm.mahidol.ac.th>

มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง แนวปฏิบัติสำหรับโครงการวิจัยที่ไม่เข้าข่ายการวิจัยในคน*. <https://sp.mahidol.ac.th>

ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *แบบประเมินว่าโครงการวิจัยของท่านเข้าข่ายการวิจัยในคนหรือไม่*. <https://sp.mahidol.ac.th>

Andrés, D. (2023). *Machine Learning Pills: Error Metrics for Time Series Forecasting*. Retrieved May 5, 2024 from <https://mlpills.dev/time-series/error-metrics-for-time-series-forecasting/>

Deng, J. (1982). Grey control system. *Journal of Huazhong University of Science and Technology*, 1, 9–18.

Duan, J., Jiao, F., Zhang, Q., & Lin Z. (2017). Predicting Urban Medical Services Demand in China: An Improved Grey Markov Chain Model by Taylor Approximation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 883. DOI: 10.3390/ijerph14080883

Hyndman, R.J., & Athanasopoulos, G. (2021). *Forecasting: principles and practice*. 3rd edition, Melbourne, Australia: OTexts:

Lewis, C.D. (1982). *Industrial and business forecasting methods*. London: Butterworths.

Lin, Y.H., Chiu, C.C., Lin, Y.J., & Lee P.C. (2013). Rainfall prediction using innovative grey model with the dynamic index. *Journal of Marine Science and Technology*, 21(1), 63-75. DOI:10.61 19/JMST-011-1116-1.

Liu, S. (2021). *Grey systems: theory and its application*. (9th Ed.). Beijing: Science Press.

Liu, S., & Lin, Y. (2010). *Grey systems theory and its application*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Xie, N. (2022). A summary of grey forecasting models. *Grey Systems: Theory and Application*, 12(4), 703–22. doi:10.1108/GS-06-2022-0066

แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า: การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ

สุพัตรา จันทรสุวรรณ, ปร.ด.*, ปวีดา โพธิ์ทอง, พย.ม.*

สุนทรี ชะชาตย์, พย.ม.*, และเสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยจากโรคกลุ่มโรคเรื้อรัง มีความรู้สึกเหนื่อยล้า มีความเครียดและความกังวลที่ต้องอยู่กับโรคตลอดเวลา ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องมีแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ การทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยและศึกษาผลลัพธ์แนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า จากรายงานการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2566 โดยใช้กระบวนการทบทวนของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2011) ผลการสืบค้น พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ตามคำสำคัญที่ระบุไว้ทั้งหมด 30 เรื่อง มีงานวิจัยจำนวน 22 เรื่อง ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้แบบคัดกรองรายงานการวิจัย งานวิจัยจำนวน 14 เรื่องถูกคัดออก เนื่องจากเป็นงานวิจัยที่ไม่ได้กล่าวถึงแนวทาง หรือวิธีการในการดูแลผู้ป่วยที่กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ได้งานวิจัยจำนวน 8 เรื่องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเพื่อเข้าสู่การทบทวน ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 8 เรื่อง ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์โดยการสรุปเชิงเนื้อหา

ผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า 1) การฝึกบำบัดความคิดและพฤติกรรม 2) การฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและการเผชิญปัญหา 3) การดูแลแบบพุทธรูปธรรมการ มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้แนวทางการดูแลตนเองได้ครอบคลุมและเหมาะสม ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากผลการศึกษานี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการนำการฝึกบำบัดความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและการเผชิญปัญหา และการดูแลแบบพุทธรูปธรรมการ มาใช้เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าที่จะตามมาและให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม

คำสำคัญ : การทบทวนอย่างเป็นระบบ ภาวะซึมเศร้า กลุ่มโรคเรื้อรัง

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: prawida@snc.ac.th

(Received: February 10, 2025; Revised: February 27, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Guidelines for the Care of Patients with Chronic Diseases and Depression:

A Systematic Review

Supattra Chansuvarn, Ph.D.* , Prawida Photong, M.N.S.*

Soontaree kachat, M.N.S.* & Saowalak Sripcho, M.N.S.*

Abstract

This systematic review aims to synthesize research and examine the outcomes of care approaches for Patients with Chronic Diseases and Depression. The review includes research reports published between 2013 and 2023, following the Joanna Briggs Institute (JBI, 2011) review process. The search identified 30 studies related to care approaches for patients with depression in chronic disease groups based on specified keywords. Of these, 22 studies met the selection criteria using a research report screening tool, while 14 studies were excluded as they did not discuss care approaches or methods for managing depression in chronic disease patients. Ultimately, 8 quasi-experimental studies met the selection criteria for review. The researcher conducted a content-based analysis to summarize the findings.

The results of the Health Care Guideline for Patients with Chronic Diseases and Depression that 1) Cognitive behavioral therapy 2) Stress relaxation and problem-solving skills training, and 3) Buddhist-integrated care help patients gain comprehensive and appropriate self-care knowledge. These approaches contribute to reducing depressive symptoms in chronic disease patients and improving their quality of life. Based on these results, it is recommended to provide Cognitive behavioral therapy (CBT), stress relaxation and problem-solving skills training, and Buddhist-integrated care as a model for managing patients with chronic diseases who are at risk of developing depression. These approaches can help prevent the onset of depression and provide patients with appropriate knowledge for self-care in mental health.

Keywords: Chronic Disease Depression Systematic Review

* Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) มีการประมาณว่า 3.8% ของประชากรทั่วโลก มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประมาณ 280 ล้านคน และมากกว่า 700,000 คนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกปี พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของประชากรอายุ 15-29 ปี (WHO, 2023) ในประเทศไทยปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว สถานที่ทำงาน หรือโรงเรียน นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งทางร่างกายและจิตใจ การใช้สุราและสารเสพติด รวมถึงความเครียดที่เกิดจากปัญหาทางเศรษฐกิจ (กรมสุขภาพจิต, 2462) จากข้อมูลการสำรวจในระบบ Mental Health Check In ของกรมสุขภาพจิตพบว่า ช่วงเดือนมกราคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 ประชาชนมีความเครียดสูงร้อยละ 7.88 มีความเสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 8.51 และผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยโรคทางด้านสุขภาพจิต พบโรคซึมเศร้าเป็นลำดับที่ 3 รองจากโรควิตกกังวล (กรมสุขภาพจิต, 2568)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง อาการที่แสดงถึงความเปราะบางทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ ร่างกายและพฤติกรรม มีลักษณะความผิดปกติทางอารมณ์ที่ชัดเจน อาการสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้าท้อแท้ เบื่อหน่ายหงุดหงิด ไม่สนใจในสิ่งที่เคยทำ มีความคิดด้านลบ ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกตนเองไม่มีค่า คิดซ้ำ ความจำเสื่อม ขาดสมาธิ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ และมีความคิดอยากตายโดย มีอาการเหล่านี้อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท พันธุกรรม เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิต บุคลิกภาพส่วนตัว ในด้านสังคม เช่น สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ ความลำบากยากจน ความขาดแคลนในการดำรงชีวิต ความเปล่าเปลี่ยว การแยกตัว และความเครียด ภาระงานมากเกินไป สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี การอบรมเลี้ยงดู ความเชื่อ และศาสนา การดื่มสุรา ยาคุมกำเนิด ยารักษาโรคหัวใจ ยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด และโรคเรื้อรังทางกาย (WHO, 2020)

จากรายงานการศึกษาภาระโรคขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายมีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม และมีภาวะทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังทางกายมีภาวะซึมเศร้า ประมาณอย่างน้อยร้อยละ 20 และพบเป็นสองเท่าของอัตราที่พบในประชากรทั่วไป (Ould Brahim L., et al 2021) ซึ่งปัจจุบันโรคเรื้อรังทางกายที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน (WHO, 2020) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหัวใจมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 17-27 % โรคเบาหวานมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 10-24 % (Jiang C Hong., et al 2020) โรคถุงลมโป่งพองมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 20-50 % โรคมะเร็ง มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประมาณ 10-38 % โรคเส้นเลือดในสมองตีบหรือแตกมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประมาณ 14-19 % พาร์กินสันมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ประมาณ 35 % รวมถึงอาการปวดเรื้อรังพบปัญหาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย 30-54 % (WHO, 2020)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายมีภาวะซึมเศร้าเป็นโรคร่วม ถ้ามีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม จะช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้ามีระดับอาการที่ลดลง ช่วยลดผลกระทบ

และการสูญเสียที่ตามมาได้ ซึ่งการศึกษาในปัจจุบันมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรม และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังมากมายหลายรูปแบบ เช่น โปรแกรมการสร้างสุข การใช้วิถีพุทธธรรม การใช้กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา การปรับความคิดและพฤติกรรมเป็น (ปรีดา เจริญโภคทรัพย์, 2562; หงษ์ บรรเทิงสุข และ มะลิสสา งามศรี, 2566) เขียนเป็นอ้างอิงในบทความวิจัย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและนำไปใช้ประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยที่กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ เพื่อลดระดับของภาวะซึมเศร้า ลดผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว และลดค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยและเพื่อศึกษาผลลัพธ์เกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดระดับของภาวะซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2011) ประกอบการกำหนดคำถามและวัตถุประสงค์ การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย การสืบค้นและการคัดเลือกงานวิจัย การประเมินคุณภาพงานวิจัย การสกัดข้อมูล การสังเคราะห์ผล และการเขียนรายงาน โดยคุณสมบัติของงานวิจัยปฐมภูมิที่นำมาศึกษาได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาในประชากรผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นตัวแปรจัดกระทำ มีตัวแปรผลลัพธ์เป็นระดับคะแนนซึมเศร้า เป็นการวิจัยที่มีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หรือก่อนและหลังการทดลอง ที่ทำการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศที่ได้รับการตีพิมพ์นำเสนอรายงานเฉพาะที่เป็นภาษาไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการสังเคราะห์คุณลักษณะของบทความวิจัย โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบตามแนวทางของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2011) เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ดำเนินการสืบค้นข้อมูลระหว่างปี 2565–2566 จากฐานข้อมูล PubMed, CINAHL, Science Direct, Google scholar และฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ในประเทศไทย และคำสำคัญภาษาไทย เช่น “ผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า” และ “ผู้ป่วยซึมเศร้าที่อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรัง” กำหนดแหล่งสืบค้น ทั้งจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ และการสืบค้นด้วยมือ (hand searching) โดยการค้นหาจากวารสารต่างๆ รายงานการวิจัยทางพยาบาล รายงานและเอกสารอ้างอิงบรรณานุกรมของงานวิจัยที่สืบค้น และการสืบค้นจากวิทยานิพนธ์ในห้องสมุดโดยดูชื่อเรื่องจากงานวิจัยการ

คัดเลือกงานวิจัย โดยผู้วิจัยอ่านรายงานการวิจัยที่สืบค้นได้ จากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ แล้วคัดเลือกตามแบบคัดกรอง รายงานการวิจัยที่พัฒนาขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า การแทรกแซง คือ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า กลุ่มเปรียบเทียบ คือ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือเปรียบเทียบแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าแบบอื่น ผลลัพธ์ คือ ระดับคะแนน ภาวะซึมเศร้า และรูปแบบการวิจัย คือ การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) เกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ งานวิจัยฉบับเต็มในภาษาไทยหรืออังกฤษที่ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนี้ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เกณฑ์การคัดออกได้แก่ งานวิจัยที่ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หรือนั้นเฉพาะโรคซึมเศร้าที่ไม่มีโรคเรื้อรัง การประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยผู้วิจัยอ่าน รายงานการวิจัยและประเมินคุณภาพตามรายการในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วสรุปลงในแบบฟอร์มการประเมินคุณภาพ การสกัดข้อมูล โดยผู้วิจัยสกัดข้อมูลและลงบันทึกรายละเอียดของรายงานวิจัยตามแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของรายการการวิจัย และเนื้อหาสาระของงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบคัดกรองรายงานการวิจัย (inclusion criteria form) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกงานวิจัยที่ครอบคลุมตามหลักของ PICO มีลักษณะเป็นรายการตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยรายงานการวิจัยที่คัดเลือกเข้าสู่การทบทวนต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ
2. แบบประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย (critical appraisal form) เป็นแบบประเมินเพื่อวิเคราะห์ ประเมินคุณภาพของรายงานการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินคุณภาพสำหรับงานวิจัยเชิงทดลอง (JBI Critical Appraisal Checklist for Experimental Studies) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2011)
3. แบบบันทึกการสกัดข้อมูล (data extraction form) เป็นเครื่องมือเพื่อบันทึกรายละเอียดของรายงานการวิจัย โดยผู้วิจัยใช้แบบบันทึกการสกัดข้อมูลสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองหรือสังเกต (JBI Data Extraction Form for Systematic Review of Experimental/Observational Studies) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2011)

การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบคัดกรองรายงานการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด แบบประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย และแบบบันทึกการสกัดข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามเกณฑ์การคัดเลือกรายงานการวิจัยปฐมภูมิ มีลักษณะเป็นรายการตามเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยเข้าสู่การทบทวน ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหาที่รวบรวมได้
2. การประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย ผู้วิจัยและทีมผู้วิจัย ทำการประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย โดยการสกัดข้อมูล ดำเนินการโดยผู้วิจัย 2 คนอย่างอิสระ เพื่อลดอคติและเพิ่มความน่าเชื่อถือ หากมีความเห็นต่างจะอภิปรายเพื่อหาข้อสรุป

ข้อมูลที่สกัดประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน เช่น ชื่อผู้วิจัย ปีที่ตีพิมพ์ และแหล่งที่มา ประเภทการศึกษา วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายวิธีการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และรายละเอียดผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสรุปรายงานของการวิจัยมาวิเคราะห์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

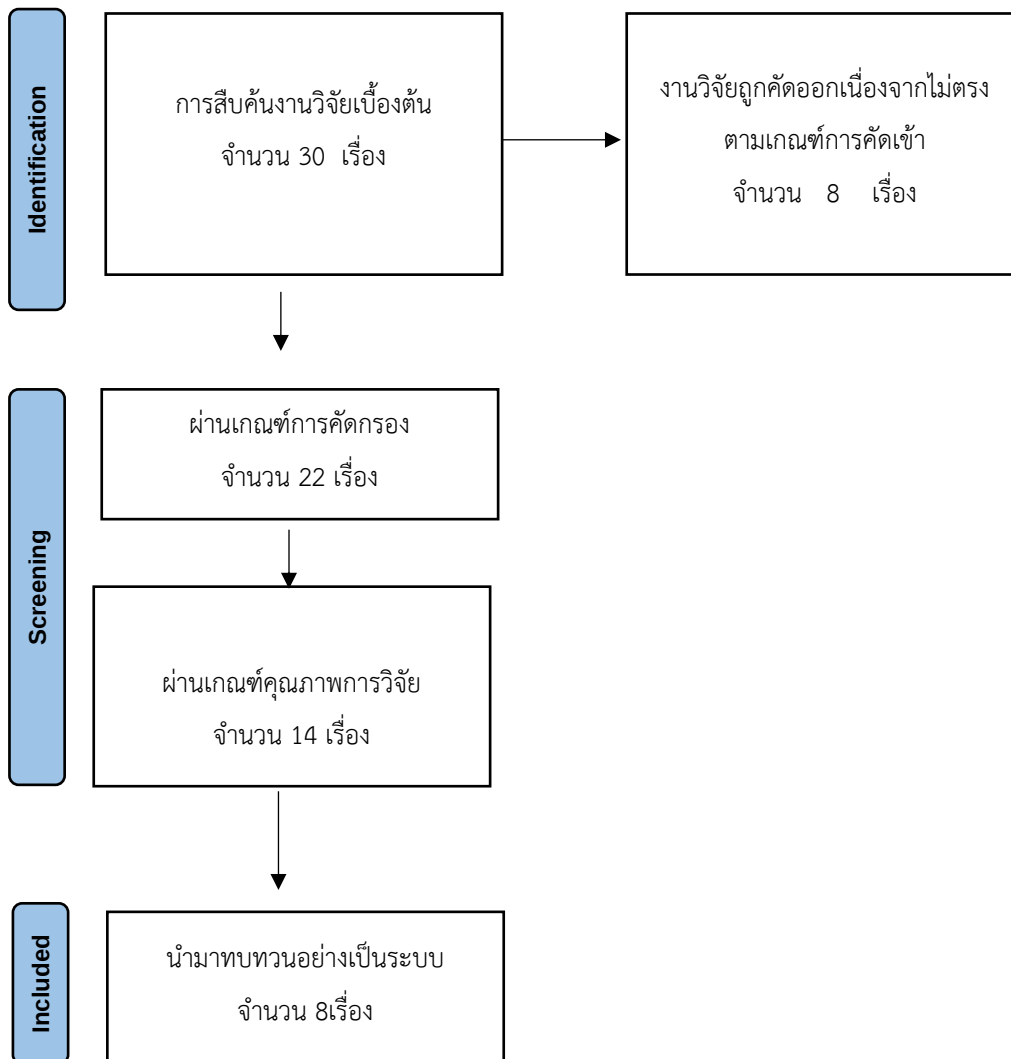
1. ลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะของรายงานวิจัย วิเคราะห์โดยสถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ผลลัพธ์ของแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ข้อมูลจำแนกแนวทาง รูปแบบ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และวิธีการวัดผลลัพธ์ โดยใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

1. ผลการสืบค้น รายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ผ่าน

เกณฑ์การคัดเลือกโดยใช้ PRISMA Flow Diagram รายละเอียดดังตารางที่ 1



2. ลักษณะทั่วไปของรายงานการวิจัย ผลการสืบค้นพบรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก โดยใช้แบบคัดกรองรายงานการวิจัยและแบบประเมินคุณภาพรายงานการวิจัย จำนวน 8 เรื่อง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย	จำนวน	ร้อยละ
ระเบียบวิธีวิจัย		
งานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental)	8	100
การตีพิมพ์		
รายงานการวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์	8	100
สถานที่ทำการวิจัย		
ประเทศไทย	8	100
ต่างประเทศ		
ปีที่ได้รับการตีพิมพ์		
พ.ศ. 2560 – 2566	8	100
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง		
กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ($n < 30$)	4	50
กลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ($n > 30$)	4	50
แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง		
การบำบัดความคิดและพฤติกรรม	3	37.5
การฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและการเผชิญปัญหา	2	25
การดูแลแบบพุทธบูรณาการ	3	37.5

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า สามารถจำแนกแนวทางการดูแล ได้แก่ แนวทางการบำบัดความคิดและพฤติกรรม แนวทางการฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและการเผชิญปัญหาและแนวทางการดูแลแบบพุทธบูรณาการ และมีระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2 ตามการจำแนกของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2011)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการวิจัยจำนวน 8 เรื่อง ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่คัดเลือกในการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ เป็นงานวิจัยที่ทำในประเทศไทย ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วงปีพ.ศ. 2560–2566 ซึ่งผู้วิจัยได้สืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จำนวน 8 เรื่อง ทั้งหมดเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง ซึ่งถือว่ามีความ

ในเชิงระเบียบวิธีการวิจัย ด้านความตรงภายในและความน่าเชื่อถือ (JBI, 2011) ด้านเครื่องมือที่ใช้ในการวัดผลลัพธ์ของรายงานการวิจัยแต่ละเรื่อง เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพทั้งทางด้านความตรงและความเชื่อมั่น สำหรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า พบงานวิจัยทั้ง 8 เรื่อง มีวิธีการจัดกระทำ ระยะเวลา และวิธีการวัดผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า

แนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่พบจากการทบทวนอย่างเป็นระบบครั้งนี้ สามารถจำแนกเป็น 3 หมวด ได้แก่ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและการเผชิญปัญหา และการดูแลแบบพุทธบูรณาการ โดยในแต่ละหมวดมีรายละเอียดของวิธีการจัดกระทำและผลลัพธ์ ดังนี้

2.1 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม

จากการสกัดข้อมูลพบว่า การบำบัดผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้ผลดีวิธีหนึ่ง ได้แก่ การฝึกปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy; CBT) จากผลการวิจัยจำนวน 3 เรื่อง แสดงผลลัพธ์ชัดเจนว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังมีระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาวิกฤติในชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นได้ การบำบัดความคิดและพฤติกรรม จะช่วยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักจำแนกการนึกคิดที่ผิดพลาดยอมรับและแก้ไขให้เป็นการนึกคิดที่สมเหตุสมผล เป็นวิธีการที่เน้นการปรับเปลี่ยนการนึกคิดหรือพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดการปรับความคิด ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ตามมา (Beck AT, 2009) สามารถใช้ร่วมกับการฝึกคิดเชิงบวกให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม การฝึกเห็นคุณค่าในตนเอง การฝึกการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และการฝึกการพูดกับตัวเองทางบวก จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามีหลายปัจจัย และพบว่าการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (Duangnate.k, 2022) โดยปกติผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบเป็นสาเหตุสำคัญ ซึ่งความคิดอัตโนมัติทางลบมีความเชื่อมโยงกับการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยความคิดทางลบจะส่งผลต่อความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนั้นการฝึกบำบัดความคิดและพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถปรับมุมมองในการดูแลตนเอง รับมือกับการดูแลสุขภาพ สามารถเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Segal, Williams & Teasdale, 2002)

2.2 การฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและการเผชิญปัญหา

จากการสกัดข้อมูลพบว่า การฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและการเผชิญปัญหา เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีภาวะซึมเศร้าลดลง จากผลการวิจัยจำนวน 2 เรื่อง แสดงผลลัพธ์ชัดเจนว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังมีระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และการผ่อนคลายความเครียด มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การฝึกการผ่อนคลาย

ความเครียดยังมีผลต่อการรับรู้ของสมองส่วนลิมบิก (limbic system) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเบี่ยงเบนความสนใจต่อสิ่งที่เครียด และเกิดการรับรู้เชื่อมโยงถึงประสบการณ์ด้านบวก ที่ทำให้บุคคลเกิดความสงบและรู้สึกผ่อนคลาย (Payne & Donaghy, 2010) หรือผ่อนคลายความเครียดด้วยการหางานอดิเรกหรือเลือกกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย เช่น ผู้ป่วยบางคนชอบดูหนัง ชอบท่องเที่ยว ชอบทำอาหาร เล่นดนตรี หรือทำงานประดิษฐ์ เป็นต้น หรือการทำกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว เพื่อนสนิท หรือคนที่รู้สึกไว้วางใจ หรือหาวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยการออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาอย่างสม่ำเสมอ ตามความชอบและเหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง โดยออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ทั้งนี้การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 10-12 สัปดาห์ ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการระดับเล็กน้อยมีอาการดีขึ้นได้ (นันทัก ชนะพันธ์, 2563)

2.3 การดูแลแบบพุทธบูรณาการ

จากการสกัดข้อมูลพบว่า การใช้โปรแกรมการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังด้วยพุทธบูรณาการ จากผลการวิจัยมี จำนวน 3 เรื่อง แสดงผลลัพธ์ชัดเจนว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังมีระดับคะแนนเฉลี่ย ภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ การดูแลแบบพุทธบูรณาการ เป็นวิธีการที่ผสมผสานแนวทางการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มโรคเรื้อรังมีอาการซึมเศวาระดับลดลง ได้แก่ การฝึกปฏิบัติเจริญสติ ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่ดี การให้ความรู้ในการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ การผ่อนคลายความเครียด ซึ่งการให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลัก 3 อ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย และการสวดมนต์ ปฏิบัติสมาธิ การสันทนาการ ช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ (Outchareon. S, 2017) เนื่องจากการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ควบคุมน้ำหนักได้ดี และออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตัวเองอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลต่อการนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น ร่วมกับการปฏิบัติธรรมโดยการสวดมนต์และการทำสมาธิ ช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรังได้ (ปริดา เจริญโภคทรัพย์, 2562)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การเลือกแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า ที่ช่วยทำให้ภาวะซึมเศวาลดลงมีทั้งการบำบัดความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดการเผชิญปัญหา และการดูแลแบบพุทธบูรณาการ ผู้ที่จะนำไปเป็นแนวทางควรพิจารณาถึงความเหมาะสมกับลักษณะอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยบูรณาการกิจกรรมการฝึกการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กิจกรรมการฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียดและการเผชิญปัญหา และใช้การดูแลแบบพุทธบูรณาการร่วมด้วย เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลผสมผสานในผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2562, 23 กุมภาพันธ์). "โรคซึมเศร้า" ทำใจพัง เช็กลิสต์สาเหตุและอาการ.
<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114>
- กรมสุขภาพจิต. (2568, 22 มกราคม). ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทย.
<https://checkin.dmh.go.th/dashboards>
- นันทกัศ ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย.
วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 32(1), 75–88.
- ปรีดา เจริญโภคทรัพย์. (2562). ผลของการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า โดยใช้วิถีพุทธธรรม
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(1),
25–35.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects* (2nd ed.). University of Pennsylvania Press.
- Duangnate, K. (2022). Prevalence and factors associated with depression among NCD patients in the primary care unit of Phukieo Chalerprakit Hospital. *Medical Journal of Srisaket Surin Burirum Hospital*, 36(1), 13–24. (In Thai)
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2011). *Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2011 edition*.
<https://www.yumpu.com/en/document/view/15688429/jbi-reviewers-manual-the-joanna-briggs-institute>
- Jiang, C. H., Zhu, F., & Qin, T. T. (2020). Relationships between chronic diseases and depression among middle-aged and elderly people in China: A prospective study from CHARLS. *Current Medical Science*, 40(5), 858–870.
- Ould Brahim, L., Lambert, S. D., Feeley, N., Coumoundouros, C., Schaffler, J., McCusker, J., et al. (2021). The effects of self-management interventions on depressive symptoms in adults with chronic physical disease(s) experiencing depressive symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21(1), 584.
- Outchareon, S., Teppitak, C., Srisang, S., Payogo, P. S., & Varindho, P. V. (2017). Effectiveness of depression reduction program for chronic disease patients through Buddhist integration. *Journal of MCU Peace Studies*, 5(1), 89–102. (In Thai)
- Page, M. J., et al. (2021). *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Payne, R. A., & Donaghy, M. (2010). *Relaxation techniques: A practical handbook for the health care professional*. Churchill: Elsevier Health Sciences.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. The Guilford Press.

World Health Organization. (2019). *Depression*. [Internet]. [cited 2022 Jun 22].

Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

World Health Organization. (2023). *Depressive disorder*. [Internet]. [cited Mar 3, 2025].

Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

การพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ดวงเนตร ธรรมกุล, ค.ด. *

เรณู ขวัญยืน, ค.ด. * และอรนุช ชูศรี, ป.ร.ด. *

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่เฝ้าระวังภาวะสุขภาพของคนในชุมชน การพัฒนาความรู้ความสามารถให้ อสม.ซึ่งเป็นหมอบริการบ้าน เพื่อสร้างหลักประกันให้ประชาชนได้รับการดูแล ให้คำปรึกษา และช่วยเหลือโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินความรู้ ทักษะความสามารถ ของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ต่อการได้รับการบริการจาก อสม. ประชากรคือ อสม. ใน อ.บางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี ระหว่างเดือน มี.ค.- ก.ย 2567 จำนวน 1,779 คน และทำการคัดเลือกแบบเจาะจงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน เครื่องมือ ได้แก่ คู่มือการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะความสามารถ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.67-1.00 และความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะความสามารถ และแบบประเมินความพึงพอใจ ได้ 0.69, 0.78, และ 0.98 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า อสม.ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.70 มีอายุ 50-60 ปี ร้อยละ 36.70 ($M = 49.53$, $SD = 11.88$) จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.70 มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร ร้อยละ 45.00 ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าอบรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลัง ($M = 16.72, 18.98$; $SD = 1.61, 1.65$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = 9.10$) ผลการประเมินทักษะความสามารถ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะก่อนและหลังการอบรม ($M = 5.85, 7.32$; $SD = 1.93, 0.68$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $t = 8.14$) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการจาก อสม. ทั้งรายด้านและโดยรวมในระดับมากที่สุด ($M = 4.80$, $SD = 0.51$) ดังนั้นการพัฒนาความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยคู่มือการอบรมนี้ สามารถนำไปใช้ได้ และควรมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

สรุป การพัฒนาความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการจัดกระทำเป็นระยะๆ เพื่อเสริมสร้างความสามารถและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ อสม.ควรได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นระยะ ๆ (Refresh Course) ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพควรจัดหลักสูตรอบรมทบทวนความรู้สำหรับ อสม.และผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปี

คำสำคัญ: ทักษะความสามารถ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

Corresponding E-mail: renu_kwa@dusit.ac.th

(Received: February 8, 2025; Revised: February 27, 2025; Accepted: March 1, 2025)

Development of knowledge and skills of Village Health Volunteers in caring for Dependent Elderly

Doungnetre Thummakul, Ph.D.*

Renu Kwanyuen, Ph.D.* & Orranuch Chusri, Ph.D.Nursing*

Abstract

Introduction: Village Health Volunteers (VHVs) are responsible for monitoring the health conditions of people in their communities. They develop the knowledge and of skills of VHVs, who are the village doctors, to ensure that people receive care, consultation, and assistance, especially the elderly who are dependent.

Objective: To assess the knowledge and skills of VHVs in caring for dependent elderly and to evaluate the satisfaction of dependent elderly with the services provided by VHVs.

Research Methodology: This study is quasi-experimental research. The population consists of VHVs in Bang Pla Ma district, Suphanburi province, between March and September 2024, totaling 1,779 people. The purposive selection method resulted in a sample of 60 people. The instruments were a training manual for caregivers of dependent elderly, a knowledge test, a skills assessment form, and a satisfaction assessment form for services for dependent elderly. The validity was checked by three experts. The index of consistency was 0.67 -1.00, and the reliability of the knowledge test, skills assessment form, and satisfaction assessment form was 0.69, 0.78, and 0.98, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-tests.

Results: Most of the sample group were female (96.70%), aged 50-60 years (36.70%, $M = 49.53$, $SD = 11.88$), and 46.70% had completed secondary education. The main occupation of 45.00% of the participants was farming. The comparison of the knowledge levels of the training participants showed a statistically significant difference between pre-test and post-test scores ($p < .05$, $t = 9.10$). Skills assessment revealed mean scores before and after training (5.85, 7.32; $SD = 1.93$, 0.68) with a statistically significant difference ($p < .05$, $t = 8.14$). And the elderly who were dependent had the highest satisfaction scores with the services provided by the village health volunteers, both in each aspect and overall ($M = 4.80$, $SD = 0.51$). Therefore, the development of the capacity of VHVs in caring for the elderly with dependency with this training manual can be applied and should be reviewed continuously and periodically.

Conclusion: Development of the capacity of VHVs to care for the elderly with dependency should be carried out periodically to enhance their capacity and skills in caring for the elderly with dependency.

Implications for practice: VHVs should receive periodic ability development training for caring for the dependent elderly (Refresh Course). So, Professional nurses should set up this annually training course to knowledge revision for VHVs and caregivers.

Keywords: skill village health volunteers (VHVs) dependent elderly

*Faculty of Nursing, Suan Dusit University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565 มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (ปราชญ์ ประชาทกุล, 2566) ส่วนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 42.7 มีสุขภาพดี และร้อยละ 41.6 มีสุขภาพปานกลาง และจากการประเมินความสามารถของผู้สูงอายุเพื่อความสะดวกในการดำเนินการดูแล ส่งเสริมสุขภาพระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามศักยภาพ จากการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยใช้ ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พักการ หรือทุพพลภาพ มีคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 – 4 คะแนน 2) กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง มีคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน และ 3) กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ มีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ซึ่งผลจากการสำรวจ พบว่า ในปี 2564 มีผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ 1.3 ติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และติดสังคม ร้อยละ 96.9 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) ซึ่งจะพบว่าผู้สูงอายุอยู่ในกลุ่มติดสังคมเป็นส่วนใหญ่ และจากการศึกษาแนวโน้มอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุซึ่งแสดงถึงภาระที่วัยทำงานต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 10.7 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็น 31.1 ในปี 2567 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) การดูแลเพื่อป้องกันภาวะสุขภาพเชิงรุกจึงมีความสำคัญ ทิมสุขภาพที่ทำหน้าที่สร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จึงควรมีกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกให้กับผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ติดบ้าน) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง) ก็มีมากขึ้น จำเป็นต้องมีการพึ่งพาที่มากขึ้น บทบาทภาระหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรบูรณาการทั้งภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และการช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วง 20 ปี (ปราชญ์ ประชาทกุล, 2566) ดังนั้นการทำหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่รับผิดชอบต่อครัวเรือน จึงต้องให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นปีสุขภาพผู้สูงอายุไทย โดยมุ่งเน้นให้ อสม.เป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพ และให้เข้าถึงระบบบริการแบบไร้รอยต่ออย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การคัดกรองสุขภาพในปีงบประมาณ 2566 โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. มีการคัดกรองผู้สูงอายุจำนวน 7,085,919 คน คิดเป็นร้อยละ 68.82 พบว่า ผู้สูงอายุมีความผิดปกติ ด้านการมองเห็นมากที่สุด ร้อยละ 22.25 รองลงมา เป็นด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 20.83 และการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 16.08 ตามลำดับ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2567) เมื่อมีศักยภาพในการคัดกรองแล้ว การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในระดับพื้นที่ ควรได้รับการพัฒนาความสามารถของ อสม.เป็นระยะ ตามความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพจึงต้องการการดูแลที่บ้าน (วรรณ ประสารอริคม, 2557) ซึ่งประเด็นปัญหาและความต้องการของ อสม. ส่วนใหญ่ ได้แก่ การขาดความรู้และทักษะการปฏิบัติงาน ขาดที่ปรึกษาทางวิชาการ และไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน (ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, บุญศรี กิตติโชติพาณิชย์, และรวีวรรณ ศรีเพ็ญ, 2562) ควรมีการเพิ่มศักยภาพและพัฒนาทักษะให้กับ

อสม.ในจังหวัดสุพรรณบุรีให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงได้มากขึ้น (วิเชียร มูลจิตร, 2564) และจากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทยจากปี 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุติดเตียง จำนวน 75,439 คน และพบว่า ในเขตอำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรีมีผู้สูงอายุในความดูแลเป็นผู้สูงอายุติดเตียง

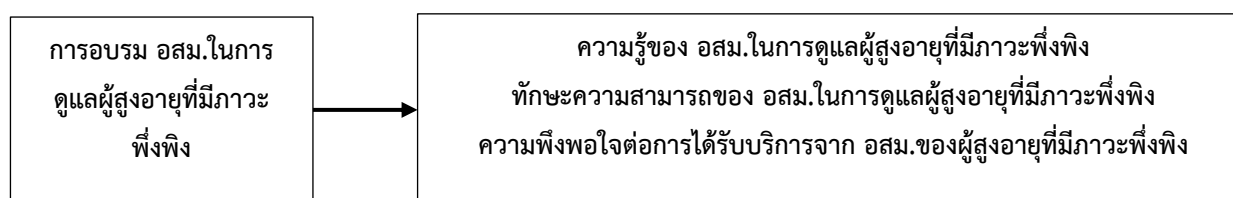
จากข้อมูลดังกล่าวนี้ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาคู่มือการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อตอบสนองความต้องการของสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน และนโยบาย 3 หมอรู้จักคุณ ช่วยให้ อสม. มีการเพิ่มเติมความรู้ และทักษะความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงต่อไปได้

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาความรู้ และทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับบริการจาก อสม. ที่ได้รับการพัฒนา

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการที่ อสม.ใน อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี มีความต้องการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดอบรมพัฒนาประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาความรู้ และทักษะความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการบริการของ อสม. ในตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี ระหว่าง 1 ตุลาคม 2566 –30 กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ อสม. อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 1,779 คน

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 ได้แก่ อสม. ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายได้ตำบลวัดดาว ซึ่งมี อสม. จำนวน 163 คน และทำการคัดเลือก อสม. แบบเจาะจงจาก 10 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 6 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็น อสม.ที่อาศัยอยู่ใน ตำบลวัดดาว อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 3) ไม่มีปัญหาทางสภาวะทางจิตใจ 4) มีและสามารถใช้ Smartphone ได้ 5) สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามในแอปพลิเคชันได้ และ 6) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีปัญหาทางสภาวะทางจิตใจ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างวิจัย 3) มีภาวะแทรกซ้อนขณะดำเนินการวิจัย และ 4) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการจนเสร็จสิ้นโครงการได้

ระยะที่ 2 ระยะติดตามผลจากการอบรม คือการคัดเลือก อสม. ที่ผ่านการอบรมระยะที่ 1 แบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความดูแล 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยินยอมเข้าร่วมวิจัย มีจำนวนทั้งหมด 10 คน

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1. คู่มือการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสำหรับ อสม. เป็นคู่มือที่ได้พัฒนาจากโครงการวิจัยการพัฒนาต้นแบบการจัดการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (ดวงเนตร ธรรมกุล, เรณู ขวัญยืน, อรุณ ชูศรี, และ ณัฐพร ใจงาม, 2565) จำนวน 18 ชั่วโมง ซึ่งพัฒนามาจากคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง (คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ, 2556) เนื้อหาประกอบด้วย ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคเรื้อรัง ติดเตียง ภาวะวิกฤตกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในผู้สูงอายุ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากสภาวะ: ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย และระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การใส่ยาในวัยผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ: อาหารและโภชนาการ การดูแลเพื่อคลายความเครียด สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้/บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง = 1.00

2. สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับบริการจาก อสม. ที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ทุกเครื่องมือได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง = 0.67-1.00 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้ ด้วย KR-20 และแบบประเมินทักษะความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับบริการจาก อสม. ที่เข้าร่วมโครงการฯ ด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.69, 0.78, และ 0.98 ตามลำดับ แบบทดสอบความรู้เป็นข้อสอบแบบถูก-ผิด คะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งระดับความรู้เป็น 5 ระดับ ตั้งแต่เกณฑ์ระดับคะแนนความรู้เฉลี่ยน้อยที่สุด-มากที่สุด (0.00-4.00, 5.00-8.00, 9.00-12.00, 13.00-16.00 และ 17.00-20.00) แบบวัดทักษะความสามารถ มีจำนวน 4 ทักษะ เป็นแบบมาตรวัด 3 ระดับ คะแนน 0-2 คือ ไม่ปฏิบัติ/ปฏิบัติได้ถูกต้องไม่ครบถ้วน และปฏิบัติได้ถูกต้องครบถ้วน คะแนนเต็ม 8 คะแนน แบ่งเกณฑ์ระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถโดยรวมเป็น 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับมีทักษะความสามารถน้อย มีทักษะความสามารถปานกลาง และมีทักษะความสามารถมาก (0.00-2.67, 2.68-5.33, 5.34-8.00) และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับบริการจาก อสม. ที่ผ่านการ

อบรม มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตรวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 พึงพอใจน้อยที่สุด-มากที่สุด แบ่งเกณฑ์ระดับคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจรายด้านและโดยรวมเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่พึงพอใจน้อยที่สุด-มากที่สุด (10.00-17.00, 18.00-25.00, 26.00-33.00, 34.00-41.00, 42.00-50.00 ตามลำดับ)

การพิทักษ์สิทธิ

การศึกษานี้ได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับการอนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เอกสารรับรองเลขที่ SDU-RDI-HS 2024-030 โครงการย่อยที่ 1 HS028/2567 ลงวันที่ 30 กรกฎาคม 2567 และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การรักษาความลับและทำลายข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจพร้อมลงนามยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) ซึ่งมี 2 ระยะ ในระยะการอบรม ได้แก่ อสม. ผู้เข้าร่วมอบรม ในระยะที่ลงพื้นที่ มีการลงนามยินยอมอีกครั้ง ได้แก่ อสม. และผู้สูงอายุหรือผู้มีสิทธิในการลงนาม (กรณีผู้สูงอายุไม่สามารถลงนามด้วยตนเองได้) และท่านจะได้รับคู่มือการอบรม อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนำส่งข้อมูลให้กับผู้อำนวยการองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา อสม.ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงข้อมูลการวิจัย ระยะเวลาการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้ มีระยะเวลาการอบรม จำนวน 3 วัน (18 ชั่วโมง) โดยการจัดอบรมประกอบด้วยการให้ความรู้ภาคทฤษฎี จำนวน 10 ชั่วโมง และภาคทดลอง จำนวน 8 ชั่วโมง ในการฝึกปฏิบัติกับหุ่นที่มีการกำหนดสถานการณ์จำลอง และการติดตามประเมินผลหลังจำการอบรมโดยลงพื้นที่และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน รายละเอียดการอบรมและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กิจกรรมการจัดอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 18 ชั่วโมง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

ครั้งที่/เวลา	กิจกรรมหัวข้อการจัดอบรม หรือการเก็บรวบรวมข้อมูลกับ อสม.
1 8.00-12.00 น.	- ประเมินความรู้ ทักษะความสามารถการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนการอบรม 1. ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ: โรคเรื้อรัง ติดเตียง (ท 1 ชม) 2. โรคที่พบบ่อยและภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในผู้สูงอายุ: BLS, ปฐมพยาบาลเบื้องต้น (ท 1.5 ชม) 2.1 ฝึกปฏิบัติการทำ BLS 2.2 การปฐมพยาบาลขั้นต้น (ป.1.5 ชม.)
1 13.00-16.00 น.	3. การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น 4. การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้: 4.1 ปัญหาระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย และระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (ท 1.5 ชม) 4.2 ฝึกทดลองการการดูแลความสับสน การจัดทำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการวัดสัญญาณชีพ (ป 1.5 ชม)

ครั้งที่/เวลา	กิจกรรมหัวข้อการจัดอบรม หรือการเก็บรวบรวมข้อมูลกับ อสม.
2 9.00-12.00 น.	5. การใช้จ่ายในวัยสูงอายุ 6. การส่งเสริมสุขภาพ: อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (ท 1.5 ชม) - การฝึกทดลองการจัดทำ และการให้อาหารทางสายยาง (ป 1.5 ชม.)
2 13.00-16.00 น.	7. การดูแลเพื่อคลายความเครียด 8. สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/กฎหมายแรงงานที่ควรรู้ (ท 1.5 ชม) - การออกกำลังกาย และการฝึกบริหารสมอง (ป 1.5 ชม)
3 9.00-12.00 น.	9. บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ท 2 ชม/ ป 1 ชม)
3 13.00-15.00 น.	10. การใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สำหรับตนเองและผู้สูงอายุ (ท 1 ชม/ป 1 ชม) ○ การใช้แอปพลิเคชัน Screening Aging Health ○ การใช้แอปพลิเคชัน SDU Brain Training - ประเมินความรู้ ทักษะ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการอบรม
4 9.00-15.00 น.	- การเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอนการติดตามผลการอบรมโดยการให้ อสม.ตรวจเยี่ยม และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 1 ครั้ง - ดำเนินการประเมินประสิทธิผลของ อสม. โดยนักวิจัย และประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อการได้รับการบริการ
หมายเหตุ: ท=ทฤษฎี, ป=ปฏิบัติ/ทดลอง, ชม=ชั่วโมง	

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ทักษะความสามารถ ประเมินประสิทธิผล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ใช้สถิติวิเคราะห์ paired *t*-test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้ ก่อนและหลังการอบรมและเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบ *t*-test คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นการศึกษาจากการสุ่ม ข้อมูลอยู่ในระดับ interval scale และมีการแจกแจงของประชากรเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยขอเสนอตามลำดับ ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของ อสม. ระดับความรู้ ระดับทักษะความสามารถ และระดับความพึงพอใจต่อการได้รับการบริการจาก อสม.ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อมูลทั่วไปของ อสม. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.70) อายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 36.70) มีอายุเฉลี่ย 49.53 ปี (*SD*.= 11.88) สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 46.70) อาชีพหลักเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 45.00) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (n=60)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			ระดับการศึกษา		
ชาย	2	3.30	ประถมศึกษา	20	33.30
หญิง	58	96.70	มัธยมศึกษา	28	46.70
อายุ			อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	4	6.70
20 - 30	5	8.30	ปริญญาตรี	8	13.30
30 - 40	9	15.00	อาชีพหลัก		
40 - 50	13	21.70	รับจ้างรายวัน	12	20.00
50 - 60	22	36.70	ค้าขาย	8	13.30
มากกว่า 60	11	18.30	เกษตรกร	27	
อายุเฉลี่ย 49.53 ปี ($SD = 11.88$)			ประกอบอาชีพอิสระ	5	8.30
			เป็นเจ้าของธุรกิจ	4	6.70
			อื่นๆ	4	6.70

จากการประเมินความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อน และหลังการอบรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ระดับความรู้ก่อนและหลังการอบรมโดยรวม คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 16.72, 18.98, SD = 1.61, 1.65$ ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อก่อนการอบรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงสุดในหัวข้อ การแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทันทีเป็นแนวทางป้องกันโรคเหงือกอักเสบและฟันผุ การเดินออกกำลังกายในช่วงเช้าและ/หรือช่วงเย็นทำให้ร่างกายแข็งแรง และการแบ่งปันอาหารหรือสิ่งของใดใดแก่เพื่อนบ้านช่วยให้ท่านสุขใจเป็นการเสริมสร้างสุขภาพด้านจิตสังคม มีคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($M = 1, SD = 0$) ส่วนข้อที่มีความรู้ต่ำที่สุด คือ คำขวัญของคนสูงวัย คือ ไม่สิ้น ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินอาหารให้ร่อย คะแนนเฉลี่ยระดับน้อยที่สุด ($M = 0.18, SD = 0.39$) และรองลงมา คือ การอาบน้ำเย็นในเวลากลางคืนเป็นสาเหตุหนึ่งของการเป็นตะคริวได้ง่าย คะแนนเฉลี่ยระดับน้อย ($M = 0.40, SD = 0.49$) ส่วนระดับความรู้หลังการอบรมเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงสุดในหัวข้อ การรับประทานอาหารเข้าทุกวันเป็นวิธีการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกายที่ดี เมื่ออยู่กลางแจ้งผู้สูงอายุควรสวมแว่นตากันแดดเพื่อถนอมสายตา ซึ่งก็เป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูง การสวดมนต์ภาวนาก่อนนอนเป็นวิธีหนึ่งของการสร้างเสริมด้านจิตวิญญาณช่วยให้การนอนหลับดีขึ้น และการแบ่งปันอาหารหรือสิ่งของใดใดแก่เพื่อนบ้านช่วยให้ท่านสุขใจเป็นการเสริมสร้างสุขภาพด้านจิตสังคม มีคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($M = 1, SD = 0$) ส่วนข้อที่มีความรู้ต่ำที่สุด คือ การอาบน้ำเย็นในเวลากลางคืนเป็นสาเหตุหนึ่งของการเป็นตะคริวได้ง่าย มีคะแนนเฉลี่ยระดับมาก ($M = 0.78, SD = 0.42$) และรองลงมา คือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาท่อน้ำปัสสาวะได้ไม่ดีหรือมีปัญหาปัสสาวะเล็ดควรแก้ปัญหาด้วยการดื่มน้ำน้อย ๆ คะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด ($M = 0.83, SD = 0.38$)

ผลการประเมินทักษะความสามารถการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ อสม. ก่อน-หลังการอบรม พบว่า ทักษะความสามารถโดยรวมทั้งก่อนและหลังการอบรมมีทักษะความสามารถมาก ($M = 5.85; 7.32; SD = 1.93, 0.68$ ตามลำดับ) โดยพบว่าการอบรมทุกทักษะ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การให้อาหารทางสายยาง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/การจัดท่าผู้ป่วย และการช่วยฟื้นคืนชีพ มีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถมาก ($M = 1.48; 1.50, 1.45, 1.42; SD = 0.50$ ทุกทักษะ ตามลำดับ) พบว่าการให้อาหารทางสายยางมีระดับคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถสูงสุด และหลังการอบรมทุกทักษะมีคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถเช่นเดียวกัน โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถที่สูงกว่าก่อนการอบรมทุกทักษะ ($M = 1.93; 1.50, 2.00, 1.88; SD = 0.25, 0.50, 0, 0.32$ ตามลำดับ) ยกเว้น ทักษะการให้อาหารทางสายยางที่มีคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถเท่าเดิม รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลทักษะความสามารถการดูแลผู้สูงอายุรายข้อและโดยรวม ($n=60$)

หัวข้อการประเมิน	ระดับทักษะความสามารถ					
	ก่อนการอบรม			หลังการอบรม		
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล
1. การวัดสัญญาณชีพ	1.48	0.50	มาก	1.93	0.25	มาก
2. การให้อาหารทางสายยาง	1.5	0.50	มาก	1.5	0.50	มาก
3. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/การจัดท่าผู้ป่วย	1.45	0.50	มาก	2	0	มาก
4. การช่วยฟื้นคืนชีพ	1.42	0.50	มาก	1.88	0.32	มาก
ทักษะความสามารถโดยรวม	5.85	1.93	มาก	7.32	0.68	มาก

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะความสามารถของ อสม. ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และคะแนนเฉลี่ยทักษะความสามารถก่อนการอบรม ($M = 16.72, 5.85; SD = 1.61, 1.93$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความรู้และทักษะความสามารถหลังการอบรม ($M = 18.89, 7.32; SD = 1.65, 0.68$ ตามลำดับ) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.10, 8.14; p<0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และทักษะความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังการอบรม ($n=60$)

รายการ	ความรู้					ทักษะ				
	M	SD	t	df	p	M	SD	t	df	p
ก่อนอบรม	16.72	1.61	9.10	59	0.00*	5.85	1.93	8.14	59	0.00*
หลังอบรม	18.98	1.65				7.32	0.68			

2. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจาก อสม.ที่คัดเลือกจากผู้ผ่านการอบรมจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ราย พบว่าทุกรายการได้ผลการประเมินความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ($M = 4.60-4.90$; $SD = 0.32-0.84$) ข้อที่ได้ผลการประเมินความพึงพอใจเฉลี่ยสูงสุดเท่ากันมี 4 รายการได้แก่ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล และคำแนะนำในการปฏิบัติตนได้ สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ และเต็มใจช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ให้ และภาพรวมความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ($M = 4.90$; $SD = 0.32$) ส่วนข้อที่ได้ผลการประเมินความพึงพอใจสูงสุดในระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือในสิ่งที่ท่านไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ($M = 4.60$; $SD = 0.84$) สำหรับผลคะแนนเฉลี่ยการประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน ($M = 4.80$; $SD = 0.51$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงคะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจมาตรฐาน และการแปลผลการประเมินความพึงพอใจต่อการได้รับบริการจาก อสม.ที่ผ่านการอบรมจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำแนกรายข้อและโดยรวม ($n=10$)

หัวข้อการประเมิน	ระดับความพึงพอใจต่อการบริการ		
	M	SD	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูล และคำแนะนำในการปฏิบัติตนได้	4.90	0.32	มากที่สุด
2. สามารถให้การดูแลท่านได้ดี	4.70	0.67	มากที่สุด
3. เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการให้บริการ	4.80	0.42	มากที่สุด
4. สามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้	4.90	0.32	มากที่สุด
5. เจ้าหน้าที่ดูแล ช่วยเหลือในสิ่งที่ท่านไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง	4.60	0.84	มากที่สุด
6. ท่านรู้สึกปลอดภัยในบริการที่ได้รับ	4.80	0.63	มากที่สุด
7. ความเร็วในการให้ความช่วยเหลือเมื่อท่านขอความช่วยเหลือ	4.80	0.42	มากที่สุด
8. มีความใส่ใจต่อการเจ็บป่วยของท่าน	4.70	0.67	มากที่สุด
9. เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจ และเต็มใจช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ให้กับท่าน	4.90	0.32	มากที่สุด
10. ในภาพรวมความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ	4.90	0.32	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.80	0.51	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การอบรม อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 18 ชั่วโมง การอบรมมีทั้งภาคทฤษฎี ภาคทดลอง และการฝึกภาคปฏิบัติ ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ และทักษะความสามารถของ อสม.ในการนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ทำให้ผลการประเมินความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้น และทักษะความสามารถของ อสม.ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นด้วย โดยหัวข้อในการอบรมนั้นมีเนื้อหาที่ทันสมัย และสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถ โดยใช้หลักการเรียนรู้ด้วยการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมถึงการนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีผู้นิเทศขณะปฏิบัติจริง และมีการสะท้อนคิดหลังจากลงฝึกปฏิบัติ และสอดคล้องกับหลักสูตรฝึกอบรม สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นสมาร์ท อสม. และอสม. หมอประจำบ้าน สามารถทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว และสามารถจัดการสุขภาพนำไปสู่สุขภาพ

และคุณภาพชีวิตที่ดี ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2564) และการศึกษาการเรียนรู้จากการได้ทดลองทำจริง จะช่วยให้เกิดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้นำไปใช้ในการปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้ การสนับสนุนที่หลากหลาย ก่อให้เกิดทักษะความสามารถที่เพิ่มมากขึ้น และสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยเฉพาะในสภาพแวดล้อมที่มีทรัพยากรไม่เพียงพอ (Rajaa, Sahu, & Thulasingham, 2022) อีกทั้งการฝึกอบรมจะช่วยให้ อสม.มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Pitchalard, Moonpanane, Wimolphan, Singkhorn, & Wongsuraprakit, 2022) อย่างไรก็ตามการจัดให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการดูแลพูดคุยที่บ้านในชนบท แอฟริกันในช่วงแรก อสม.จะมีการเรียนรู้และคงความรู้ได้เป็นอย่างดีในช่วง 3 เดือนแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไปเขาจะสูญเสียความรู้ไป ซึ่งการอบรมให้กับ อสม.จึงมีความจำเป็น เพื่อให้การดูแลในชุมชนพื้นที่ยากจนอื่นๆทั่วโลกเกิดประสิทธิภาพได้ (Moon, Alizadeh, Chaw, Mulongo, Schaeffle, Yao-Cohen, Musominalli, & Paccione, 2020) และได้มีข้อคิดเห็นว่าการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อเพิ่มพูนทักษะการดูแลและการเยี่ยมบ้านในชุมชน เพราะการเพิ่มความรู้มีความสำคัญสำหรับการเพิ่มสมรรถนะให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรเจริญ บัวพุ่ม สมทรง มณีรอด และเพ็ญศรี รอดพรม (2567) เกี่ยวกับการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอสม. ที่ได้กล่าวว่าการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความสามารถเพิ่มขึ้น

อสม.ที่ผ่านการอบรมมีทักษะความสามารถที่เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าก่อนการอบรมจะมีทักษะความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับมาก แต่หลังการอบรม อสม.มีทักษะความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับมากเช่นเดียวกัน และมีระดับคะแนนเฉลี่ยที่มากขึ้น ซึ่งการให้บริการของ อสม. จะช่วยปรับปรุงสุขภาพกายและสุขภาพใจ เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดภาระทางสังคมของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ยังช่วยปรับปรุงทัศนคติเชิงบวกต่อการแก่ชราด้วย (Liu, Duan, & Xu, 2020) จึงทำให้การบริการและทักษะความสามารถของ อสม.ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับความประเมินความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

นอกจากนี้จำนวนผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรัง ทำให้ต้องการการดูแลและพึ่งพิงเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เกิดนโยบายการดูแลระยะยาว (long-term care: LTC) เพื่อให้การดูแลที่บ้านและการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง ซึ่งจากการเยี่ยมบ้านของ อสม. หลังการอบรมเพื่อปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 10 ราย พบว่าระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ทั้งรายข้อและโดยรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 279 คน จากชุดข้อมูลของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นระยะเวลา 2 ปี พบความพึงพอใจในการรับการดูแลในบริการการดูแลระยะยาวสามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อความสุขโดยรวมของผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง (Suriyanrattakorn, & Chang, 2021) ทำให้ความต้องการในการพัฒนาตนเองของ อสม.ในพื้นที่เพิ่มสูงขึ้น เพื่อบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อีกทั้งการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านโดย อสม.มีประสิทธิภาพในการลดจำนวนการเข้าห้องฉุกเฉินและการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะที่ไม่รุนแรงของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิงได้ หากมีการประเมินปัญหาเฉียบพลันในระยะเริ่มต้นที่ต้องได้รับการดูแลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Lai, Wong, Tam, Cheung, Lau, Wu, Wong, Ma, Yip, & Yeoh, 2022) ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพ อสม.จึงควรมีการฝึกฝน อบรม เป็นระยะๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยการจัดการอบรมให้มีกิจกรรมภาคทดลองและภาคปฏิบัติ ให้เกิดการฝึกฝน จนสามารถนำมาใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ จนก่อให้เกิดความพึงพอใจในการได้รับบริการจาก อสม.

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำการอบรมไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการอบรมโดยเน้นการการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการมีการฝึกทักษะที่จำเป็น เพื่อให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงได้จริง

2. ด้านการศึกษา นำผลจากการวิจัยไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา เพื่อให้นักศึกษาเกิดความรู้ ความเข้าใจ และเกิดทักษะในการพัฒนาความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป การวัดทักษะความสามารถในงานวิจัยนี้มีเพียง 4 ทักษะ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ การให้อาหาร การเคลื่อนย้ายและจัดทำผู้ป่วย และการช่วยฟื้นคืนชีพ และศึกษาข้อมูลกลุ่มเดียว ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง และควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อวัดผลความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัย ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลนายกองคการบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนขององค์การบริหารส่วนตำบลบางเลน อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). ระบบ 3 หมอรู้จักคุณ: รายงานข้อมูลทั่วประเทศ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. <https://3doctor.hss.moph.go.th/main/>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่: หลักสูตรฝึกอบรมสมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กลุ่มสถิติสุขภาพและภาวะทางสังคม กองสถิติสังคม และสำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. กลุ่มบริการและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20241209145003_27188.pdf
- คณะทำงานพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ. (2556). คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง. โรงพิมพ์สำนักงานพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงเนตร ธรรมกุล เรณู ขวัญยืน อรณัฐ ชูศรี และณัฐพร ใจงาม. (2565). ประสิทธิภาพการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 38(3), 105-16.
- ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ บุญศรี กิตติโชติพานิชย์ และบุญศรี ศรีเพ็ญ. (2562). ปัญหาและความต้องการ การดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นของอาสาสมัคร ประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม. วารสารการพยาบาล, 21(2), 23-3.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และภูษิต ประครองสาน (บรรณาธิการ). (2566). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๖๕. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน).

- พรเจริญ บัวพุ่ม สมทรง มณีรอด และเพ็ญศรี รอดพรม. (2557). หลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. *วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 7(3), 60-7.
- วิเชียร มุลจิตร. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม*, 1(1), 36-50.
- วรรณ ประสารอริคม. (2557). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (*concept of home care*). [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf/>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564*. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2566*. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- Pitchalard, K., Moonpanane, K., Wimolphon, P., Singkhorn, O., & Wongsurapakit, S. (2022). Implementation and evaluation of the peer-training program for village health volunteers to improve chronic disease management among older adults in rural Thailand. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(3): 328-333. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.06.011>
- Lai, F. T. T., Wong, E. L., Tam, Z. P., Cheung, A. WL, Lau, M. C., Wu, C. M., ... & Yeoh, E. K. (2022). Association of volunteer-administered home care with reduced emergency room visits and hospitalization among older adults with chronic conditions: A propensity-score-matched cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 127, 104158. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104158>
- Liu, Y., Duan, Y., & Xu, L. (2020). Volunteer service and positive attitudes toward aging among Chinese older adults: The mediating role of health. *Social Science & Medicine*, 265: 113535. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113535>
- Moon, C., Alizadeh, F., Chaw, G. F., Mulongo, M. I., Schaeffle, K., Yao-Cohen, M., ... & Paccione, G. (2020). An educational intervention in rural Uganda: Risk-targeted home talks by village health workers. *Patient Education and Counseling*, 103(6): 1209-1215.
- Rajaa, S., Sahu, S. K., & Thulasingham, M. (2022). Assessment of Community Health Volunteers contribution and factors affecting their health care service delivery in selected urban wards of Puducherry – A mixed-methods operational research study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 17: 101135. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101135>
- Suriyanrattakorn, S., & Chang, C. L. (2021). Long-term care (LTC) policy in Thailand on the homebound and bedridden elderly happiness. *Health Policy OPEN*, 2: 100026. <https://doi.org/10.1016/j.hpopen.2020.100026>



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี
พ.ศ. 2561

คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี
พ.ศ. 2561

เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีคุณภาพ คำแนะนำนี้ ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 ดังนี้

ผู้ทรงคุณวุฒิ หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ความสามารถและเชี่ยวชาญในสาขาวิชานั้นๆ

ผลงานวิชาการที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ หมายถึง ผลงานที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ อย่างน้อย 2 คน ที่มีความเห็นตรงกันว่าเป็นผลงานที่มีคุณภาพ สามารถลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารได้

ผลงานวิชาการที่รับตีพิมพ์ หมายถึง บทความวิจัย บทความวิชาการ หรือ บทความปริทรรศน์

คำแนะนำของการเตรียมบทความ

1. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้

1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ สุขภาพและการศึกษาพยาบาลและสุขภาพ

1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงานวิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน

1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อยกว่า 2 คน

1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จ และส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์

1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง (เฉพาะวิจัยในมนุษย์)

2. การเตรียมต้นฉบับ บทความวิจัย มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

2.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2.2 บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract)

2.3 ชื่อ-สกุล และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

2.4 คำสำคัญ (Keywords) ให้ผู้เขียนพิจารณา คำสำคัญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

2.5 บทนำ เป็นการเขียนความเป็นมาหรือความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักการวิจัย เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญหรือปัญหาที่ต้องทำการศึกษา

2.6 วัตถุประสงค์การวิจัย กระชับและชัดเจน

2.7 ระเบียบวิธีการวิจัย เป็นการเขียนอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีรายละเอียดพอสังเขปที่แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของกระบวนการ

2.8 ผลการวิจัย เป็นการเขียนผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย หากจะมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง ควรออกแบบตารางให้เหมาะสม และให้นำเสนอข้อมูลได้ตารางตามที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง

2.9 อภิปรายผล เป็นการแปลความหมายของผลการวิจัย และอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นสามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของคนอื่นหรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ในการอภิปรายควรสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นเหตุเป็นผลและอธิบาย โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

2.10 ข้อเสนอแนะ ในการเขียนข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรเขียนข้อเสนอแนะเพื่อการนำผล การวิจัยไปใช้ หรือสำหรับการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต ทั้งนี้ข้อเสนอแนะควรสืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป

2.11 ในการนำผลงานของผู้อื่นมาใช้ในบทความ ขอให้ผู้เขียนใช้ข้อมูลจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยไม่เกิน 10 ปี มีการระบุชื่อผู้แต่งและปีพิมพ์ปรากฏอย่างชัดเจน ควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล และบทความใดที่มีการตรวจสอบพบว่าเข้าข่าย Plagiarism จะถูกตัดสิทธิ์ในการพิจารณาลงตีพิมพ์

3. การเตรียมต้นฉบับ บทความปริทัศน์ (Review Article) มีแนวปฏิบัติตามลำดับการเขียน ดังนี้

3.1 ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

3.2 ชื่อผู้นิพนธ์ทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย

3.3 บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

3.4 บทนำ เป็นการเขียนความสำคัญ ควรเขียนสาระหรือข้อมูลสำคัญที่เป็นประเด็นหลักของเรื่องที่น่าสนใจ เขียนให้กระชับ ตรงประเด็นและแสดงถึงความสำคัญว่าทำไมจึงนำเสนอบทความนี้

3.5 สาระปริทัศน์ในประเด็นต่างๆ ที่ตรงกับชื่อเรื่อง โดยประเด็นที่น่าสนใจจะต้องกระชับ ตรงประเด็น ไม่ซ้ำซ้อน

3.6 วิจารณ์ เป็นการสรุปสาระ และแสดงความคิดเห็นของผู้เขียนโดยจะอ้างอิงวรรณกรรมต่างๆมาเพิ่มเติมหรือไม่ก็ได้

3.7. กิตติกรรมประกาศ (หากมี)

3.8. เอกสารอ้างอิง

4. การอ้างอิงเอกสาร

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ทำความเข้าใจ สำหรับแนวทางของการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA 7th รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมาย และต่อด้วย อักษรย่อของชื่อต้น และชื่อรอง ดังตัวอย่าง

4.1 หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.

Author, A. A. (Year)./Title of the book/(Edition ed.)/Publisher.

สุกัญญา รอส. (2561). วัสดุชีวภาพ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์

////////มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). Evidence-based practice for nurses: Appraisal and

////////application of research (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

4.2 วารสาร

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่/(เลขของฉบับที่)/เลขหน้า.

วิชัย พานิชย์สว, สมุน ไวยบุญญา, พัชรพร ศุภกิจ, และรัตนกร หลวงแก้ว. (2562). ผลของการใช้บทเรียน PISA

////////ที่มีต่อความสามารถด้านทักษะกระบวนการทางคณิตศาสตร์ ของนักเรียนระดับประถมศึกษา.

////////วารสารการวิจัยพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 12(3), 133-160.

4.3 วิทยานิพนธ์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์หรือวิทยานิพนธ์

////////ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]./ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)./Title/[Unpublished doctoral or master's thesis]./Name of the Institution

////////awarding the degree.

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์ [วิทยานิพนธ์ปริญญา

////////มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). Dressing the tarot [Unpublished master's thesis]. Auckland University of

////////Technology.

4.4 รายงานการประชุม

รายงานการประชุม/การสัมมนา/อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่องการประชุม./ชื่อการประชุม./สถานที่จัดประชุม.

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

////////มหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.

////////บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53 ก. มหาวิทยาลัยนเรศวร

4.5 เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./ (วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

Author, A. A./ (Year, Month date)./Title of the work: Subtitle./Website name./URL

สรญา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB. สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัย////////นเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/>

Sparks, D. (2019). Women's wellness: *Lifestyle strategies ease some bladder control problems*.

////////Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/womens-wellness-lifestyle-////////strategies-ease-some-bladder-control-problems/>

5. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆถูกต้องตาม พจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิง ได้ถูกต้อง

6. การตั้งค่านำกระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดหน้าให้มีช่องว่างด้านบน 1 นิ้ว ด้านล่าง 1 นิ้ว ด้านซ้าย 1.25 นิ้ว ด้านขวา 1 นิ้ว อักษรที่ใช้ในการพิมพ์ให้ใช้ฟอนต์ TH Sarabun ขนาด 16 และ single space และมี เนื้อหารวมบทความย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

7. บทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาตีพิมพ์ต้องยังไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่น ก่อนขอรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ซึ่งหากกองบรรณาธิการ วารสารฯ ตรวจสอบว่าบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่ส่งมาขอตีพิมพ์มีชื่อเดียวกันหรือมีการตีพิมพ์ซ้ำซ้อนกับที่ปรากฏใน วารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีอีก

8. กรณีที่เป็นบทความวิจัยต้องผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และ สัตว์ (Institutional Review Board: IRB) หรือในคน หรือชื่ออื่นที่เกี่ยวข้องโดยระบุชื่อเรื่อง เลขที่อนุมัติ วันอนุมัติ และวัน สิ้นสุด การอนุมัติภายในเนื้อหาส่วนที่เป็นการพิทักษ์สิทธิ์ หรือแสดงหลักฐานการพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลอื่นและแสดง ให้เห็นว่าได้รับการยินยอมจากตัวอย่าง/ผู้ให้ข้อมูลในการเข้าร่วมการวิจัยและให้แนบไฟล์เอกสารอนุมัติ IRB และเอกสารที่ เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของ pdf ไฟล์

9. ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 100 บาท

10. การส่งต้นฉบับ ให้ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

10.1 ส่งต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย มาที่ netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

10.2 เมื่อบทความผ่านประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วจะมีหนังสือแจ้งจากกองบรรณาธิการวารสารให้ผู้เขียน ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

10.3 โดยมีค่าธรรมเนียมตีพิมพ์ 5000 บาท/เรื่อง

สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

โทรศัพท์ 0-35-535250 ต่อ 5206 , 2105 โทรสาร 0-35-535251

มือถือ 085-5415142 E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ใบสมัครสมาชิกวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

1. ชื่อ-สกุล.....ขอให้จัดส่งวารสารตามที่อยู่ดังนี้
 เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
 ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
2. ระยะเวลาบอกรับวารสาร
 เริ่มฉบับที่..... (ฉบับที่1 มกราคม-มิถุนายน หรือ ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม) ปีที่ 2561....
 1 ปี (2 ฉบับ) 200 บาท
 3 ปี (6 ฉบับ) 600 บาท
 4 ปี (นักศึกษา 8 ฉบับ) 800 บาท
3. การชำระเงิน ชำระโดย
 โอนเงินเข้า บัญชี วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
 เลขที่บัญชี 710-0-10043-7 สาขา สุพรรณบุรี
 และส่งหลักฐานการโอนเงินมายัง E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ส่งใบสมัครสมาชิกวารสารได้โดยตรงหรือส่งทางไปรษณีย์ที่

กองบรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

118 หมู่ 1 ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง

จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ 72000

E-mail : netiya12@gmail.com, netiya@snc.ac.th

ใบสมัครสมาชิกวารสารสามารถ Download ได้ที่เว็บไซต์ <http://www.snc.ac.th/> หรือติดต่อที่หมายเลขโทรศัพท์ 035-535250 ต่อ 5206 โทรสาร 035-535251 มือถือ 085-5415142