

## 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 มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
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      | ลีลคณาวิระ         | มหาวิทยาลัยบูรพา                        |
| 6. ผศ.ดร.สาโรจน์    | เพชรมณี            | วิทยาลัยนครราชสีมา                      |
| 7. ผศ.ดร.วรรณวดี    | เนียมสกุล          | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี             |
| 8. ดร.ภาวดี         | เหมทานนท์          | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช  |
| 9. ผศ.ดร.จามจรี     | แช่หลู่            | 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.บุศริน	เอี้ยวสี่หยก	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.ชุตินาถ	ฉัตรรุ่ง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
17. ผศ.ดร.จิรพรรณ	โพธิ์ทอง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
18. ผศ.รอ.หญิง ดร.จรูญลักษณ์	ป้องเจริญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
19. ดร.อาคม	โพธิ์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
20. ผศ.ดร.จรรุวรรณ	สนองญาติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
21. ดร.ลักขณา	ศิริถิกุล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
22. ผศ.ดร.สุภาภรณ์	วรอรุณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
23. ผศ.ดร.สุพัตรา	จันทร์สุวรรณ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
24. ดร.ปกรินทร์	ศรีศศลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
25. ดร.वासนา	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 สนับสนุนให้อาจารย์ บุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข และบุคคลภายนอกได้เผยแพร่องค์ความรู้ มีการพัฒนาผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นฐานข้อมูลที่น่าไปใช้ประโยชน์ต่อไป

วารสารปีที่ 8 ฉบับที่ 2 มีบทความวิจัย 10 เรื่อง เป็นผลงานการศึกษาจากผู้ปฏิบัติจริงที่ต้องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการเป็นอย่างยิ่ง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทางการศึกษา การดูแล ผู้รับบริการ และการพัฒนาองค์กร

วารสารฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่าย คือคณะที่ปรึกษาวารสาร คณะทำงานวารสาร ผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

กองบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้อ่านทุกท่าน หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด กองบรรณาธิการยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อจะนำไปปรับปรุงและพัฒนาวารสารให้มีมาตรฐานยิ่งขึ้นต่อไป

ผศ.ดร.เนติยา แจ่มทิม

## สารบัญ

	หน้า
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังคลินิกหมอบรรณศิริ สุวรรณภูมิ โรงพยาบาล เจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี :พรศิริ จิวเจริญ	5
การพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยโรงพยาบาลรัตนบุรี :ชุตานันท์ เชิดนอก	19
ความต้องการการพยาบาลของญาติผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ :จันทร์ฉาย มณีวงษ์ และขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์	32
การพัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง :อุทัยทิพย์ ทองฉวี และทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์	45
ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย :หนึ่งฤทัย ศรีภิรมย์, สาโรจน์ เพชรมณี และธนกร ปัญญาใสโสภณ	59
อิทธิพลของการเปิดรับสื่อออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์ เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร :ธัญชนก จันทร์เพ็ญ และวีรพงษ์ พวงเล็ก	81
ผลของโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระ เกียรติ จังหวัดนครราชสีมา :วรรณภา หวังประสพกลาง, สาโรจน์ เพชรมณี และธนกร ปัญญาใสโสภณ	87
ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะคิดต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ต ของเด็กวัยก่อนเรียน กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน :รวิชญ์ ม่วงอ่อน, ชนิกรณ หนองเป็ด, ชนิตา เปลี่ยนแปลง, วุฒิวัฒน์ คัมมุข, วารุณี มีหลาย และณัฐฐา วรรณนะวิโรจน์	113
ผลของการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาลของ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี :วาสนา อุบป้อ, ดารินทร์ พนาสันต์ และสุภาวดี นพรุจจินดา	128
ผลการเปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรม 3o 2สแบบปกติ กับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด :พิณรวี สิงห์โต	143

## ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวสุวรรณภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี

พรศิริ จิวเจริญ, พย.ม.\*

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัวสุวรรณภูมิ จำนวน 252 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน - พฤศจิกายน 2566 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค 4) แรงสนับสนุนทางสังคม (การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนจากครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และ 5) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างตัวแปร และวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $r=0.487$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.398$ ) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.382$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $r=0.325$ ) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวสุวรรณภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 39.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

ข้อเสนอแนะ ควรมีการให้ความรู้เรื่องอาการเตือน และการจัดการโรคหลอดเลือดสมองเมื่อมีอาการเตือน รวมถึงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรัง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

\* กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช

Corresponding E-mail: amc5536110@gmail.com

(Received: October 21, 2024; Revised: April 28, 2025; Accepted: April 30, 2025)

## Factors Influencing Stroke Prevention Behaviors Among Patients with Chronic Diseases at Suwannaphum, Primary Care Cluste, Chaoprayayommarat Hospital, Suphanburi Province

Pornsiri Jiwjaroen, M.N.S \*

### Abstract

This study was a cross-sectional descriptive research aimed at investigating the factors influencing stroke prevention behaviors among patients with chronic diseases. A total of 252 participants were purposively selected from registered chronic disease patients receiving care at the Suwannaphum Primary Care Cluste. Data collection was conducted from June to November 2023 using a structured questionnaire consisting of five parts: (1) personal factors, (2) knowledge about stroke, (3) individual perception factors, including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers, (4) social support (including stroke-related information, family support, and support from public health personnel), and (5) stroke prevention behaviors. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency and percentage), Pearson correlation coefficients, and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that social support from family ( $r = 0.487$ ), perceived benefits of stroke prevention ( $r = 0.398$ ), knowledge about stroke ( $r = 0.382$ ), and support from public health personnel ( $r = 0.325$ ) were significantly correlated with stroke prevention behaviors. These factors could statistically significantly predict stroke prevention behaviors among chronic disease patients attending the Suwannaphum Primary Care Cluste, Chaoprayayommarat Hospital, Suphanburi Province, with a predictive power of 39.9% ( $p < 0.05$ )

Recommendation: There should be continuous education for patients with chronic diseases regarding warning signs and management of stroke, as well as the risk factors associated with the disease. This will help promote sustainable behavioral changes in stroke prevention.

Keywords: Stroke    Chronic Diseases    Prevention behaviors

---

\*Department of Social Medicine, Chao Phraya Yomraja Hospital

## บทนำ

โรคเรื้อรัง (Non Communicable Diseases : NCDs) เป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคนาน หรือมีการสะสมของโรคทีละน้อยที่ไม่สามารถรักษาให้ขาดได้ รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Stroke Organization, 2021) พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 46.2) รองลงมาคือโรคมะเร็ง (ร้อยละ 21.7) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น โรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 10.7) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 4) ตามลำดับ จากการรายงานอัตราการเสียชีวิตในประเทศไทย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) พบว่า โรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิดมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ร้อยละ 123.3 รองลงมาคือ ปอดอักเสบและโรคอื่นๆ ของปอด ร้อยละ 84.5 และโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ ร้อยละ 47.1 สถานการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในช่วงปี พ.ศ. 2560-2564 (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 47.81 เป็น 55.53 และจากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ เขตสุขภาพที่ 5 ในปี พ.ศ.2565 พบว่า มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 287.64 โดยจังหวัดสุพรรณบุรี มีอัตราป่วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 396.66 (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จะเห็นได้ว่าโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สุขภาพหลายด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่เป็นประจำ (ณัฐกร นิลเนตร, 2562)

คลินิกหอบคอครบถ้วนสุวรรณภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินจัดบริการด้านเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ให้บริการการตรวจรักษาโรคเรื้อรัง จากสถิติผู้รับบริการปี 2563-2565 มีผู้รับบริการจำนวน 1225, 1462, และ 1532 ราย ตามลำดับ ผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง โดยในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) คิดเป็นร้อยละ 40.56 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความเสี่ยงสูง (CVD Risk score 20 < 30%) ร้อยละ 57.57 โดยมีค่าความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ร้อยละ 54.89 และมีภาวะอ้วนเกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 41.20 ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จำนวน 82 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.35 และอาการทางหลอดเลือดสมอง จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.11 ที่ทำให้ผู้ป่วย เกิดอัตราการเสียชีวิตและความพิการสูง รวมทั้งมีการเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายประการ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าในพื้นที่เขตรับผิดชอบมีอัตราตายและอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ปรากฏผลการศึกษาเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่คลินิกหอบคอครบถ้วน เครือข่ายโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช ที่เป็นเขตชุมชนเมือง ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาหาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสำคัญ เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อาจทำให้เกิดอัมพาต พุดไม่ได้ ความจำเสื่อม ส่งผลต่อครอบครัวหรือสังคมในการดูแลผู้ป่วยที่พิการหรือแม้แต่เสียชีวิตได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยต้องมี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การควบคุมระดับความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด และไขมันในอยู่ในเกณฑ์ปกติ การรับประทาน

อาหารที่มีประโยชน์ ลดเค็ม ลดไขมัน การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดสูบบุหรี่และแอลกอฮอล์ การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และการตรวจสุขภาพหรือตรวจเลือดประจำปีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (อารีรัตน์ เปสุงเนิน, นันทวัน สุวรรณรูป และวันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล,2561 และดวงจิตา โสตาพรหม,2563) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ในการการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การมีความรู้หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมหรือบริบทแต่ละชุมชน (ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยฉิน แซ่ตัน, 2563) ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (ดวงจิตา โสตาพรหม,2563) ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบต่อไปนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แรงสนับสนุนหรือสิ่งกระตุ้นให้ลงมือปฏิบัติ และความเชื่อมั่นในตนเองในการเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม

ผู้วิจัยและทีมหมอครอบครัวสุวรรณภูมิ จึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติสุขภาพ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว และความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง 2) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3) ปัจจัยการรับรู้ของบุคคลที่มาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค 4) ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 5) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวสุวรรณภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยา ยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวสุวรรณภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวสุวรรณภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัว สุวรรณภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ทำการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2566

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิกหมอครอบครัวสุวรรณภูมิ ได้แก่ 1) โรคเบาหวาน 2) โรคความดันโลหิตสูง 3) โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 4) โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง และ 5) โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ทั้งหมด 494 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ย (Finite population mean) กรณีทราบขนาดของประชากร ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53 (ดวงธิดา โสดาพรม, 2563) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง 2) เป็นผู้มีอายุมากกว่า 35 ปี 3) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี 4) เป็นผู้ไม่มีปัญหาด้านการพูดหรือการฟัง 5) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) 1) เป็นผู้ที่เสียชีวิตหรือมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น 2) เป็นผู้ที่ย้ายออกจากพื้นที่ จำนวน 229 คน และป้องกันความคลาดเคลื่อน (Missing data) ร้อยละ 10 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นจำนวน 252 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวสุวรรณภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วยเนื้อหาทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะของคำถามเป็นแบบปลายเปิด-ปิด และแบบให้ เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ประวัติสุขภาพ ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 7 ข้อ

**ส่วนที่ 2** ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ใช้เกณฑ์ 3 ระดับ คือ ตอบใช่ ให้คะแนน 3 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่แน่ใจ ให้คะแนน 1 คะแนน แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับน้อย (1-10 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน) และ ความรู้ระดับมาก (21-30 คะแนน) จำนวน 10 ข้อ

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้ของบุคคลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ
- การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ
- การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ใช้เกณฑ์ 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ เห็นด้วย ให้คะแนน 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่แน่ใจ ให้คะแนน 1 คะแนน

แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ 1-6 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับน้อย 7-12 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง 13-18 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม คำถามประกอบด้วย

- แรงสนับสนุนจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 5 ข้อ
- แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ
- แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ใช้เกณฑ์ 3 ระดับ คือ ได้รับเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน ได้รับบางครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน ไม่ได้รับ ให้คะแนน 1 คะแนน แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ 1-5 คะแนน หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับน้อย 6-10 คะแนน หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับ ปานกลาง 11-15 คะแนน หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง คำถามประกอบด้วย การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ใช้เกณฑ์ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้คะแนน 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนน 1 คะแนน แปลผลคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ 1-20 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเลย 21-40 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นส่วนน้อย 41-60 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสม่ำเสมอ

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหาสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี ตัวแปร และพิจารณาความเหมาะสม มีระดับค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.76 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยแบบวัดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้เท่ากับ 0.77 และ คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ของปัจจัยการรับรู้ของบุคคลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) ได้เท่ากับ 0.76 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ 0.93 และ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้เท่ากับ 0.83

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและทีมวิจัยนำแบบสอบถามลงไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองในพื้นที่ชุมชนรับผิดชอบของคลินิก หมอครอบครัวสุวรรณภูมิ ประกอบด้วย 5 ชุมชน ได้แก่ เณรแก้ว สุวรรณภูมิ ไขนาवास หอยโข่ง และโพธิ์คาน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30-40 นาที/คน จนครบจำนวน หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเสร็จ ผู้ทำวิจัยเก็บแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic Statistics)

2.1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของเพียร์สัน (Pearson Correlation)

2.2) วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้ของบุคคล (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง) แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression Analysis) ยอมรับการมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p - value < 0.05$ )

## การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ขอพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนทำหนังสือขอรับรองพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี หมายเลข YM 022/2566 เมื่อได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์ผู้วิจัยจัดทำเอกสาร และแจ้งข้อมูลให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการวิจัยขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อความถาม พร้อมทั้งแจ้งสิทธิต่อกลุ่มตัวอย่างให้ทราบในการตอบรับหรือปฏิเสธร่วมงานวิจัยครั้งนี้

## ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.5 โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.2 จบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.8 โดยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 38.1 จากการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 79.8 และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.7 ส่งผลให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 91.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	102	40.5
หญิง	150	59.5
<b>อายุ</b>		
30-59 ปี	70	27.8
60 ปีขึ้นไป	182	72.2
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	128	50.8
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา (ปวช.)	81	32.1
ปริญญาตรี	20	7.9
<b>โรคประจำตัว</b>		
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	96	38.1
ความดันโลหิตสูง	56	22.2
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง	49	19.4
<b>ประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว</b>		
มี	51	20.2
ไม่มี	201	79.8
<b>การได้รับความรู้</b>		
เคย	216	85.7
ไม่เคย	36	14.3
<b>ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง</b>		
ระดับมาก	230	91.3
ระดับปานกลาง	18	7.1
ระดับน้อย	4	1.6

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 75.81 (ตารางที่ 2) ในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร มีการติดตามเจาะเลือดประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด (รวมทั้งกระท่อม กัญชา) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง  
(n =252)

ระดับพฤติกรรมกำบังโรค	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมเลย (1-20 คะแนน)	13	5.14
ปฏิบัติกิจกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองเป็นส่วนน้อย (21-40 คะแนน)	48	19.05
ปฏิบัติกิจกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองสม่ำเสมอ (41-60 คะแนน)	191	75.81

**ตารางที่ 3** แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามรายชื่อของพฤติกรรมกำบังโรค หลอดเลือดสมอง  
(n = 252)

พฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง	M	SD
1. ท่านได้นำความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดสมอง	2.57	0.557
2. ท่านมีการควบคุมน้ำหนัก ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	2.62	0.519
3. ท่านมีการสังเกตอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมอง (ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง ควรรีบนำส่งตรงพยาบาล ภายใน 4 ชั่วโมง)	2.6	0.606
พฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง	M	SD
4. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยา จากแพทย์และเภสัชกรอย่างเคร่งครัด	2.87	0.357
5. ท่านมีการตรวจผลเลือดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.29	0.494
6. ท่านมาตรวจตามนัดทุกครั้ง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.67	0.52
7. ท่านให้ความร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่	2.7	0.485
8. ท่านได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อน และชุมชน เกี่ยวกับกิจกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมอง	2.52	0.602
9. ท่านลดหรือเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง	2.43	0.549
10. ท่านลดหรือเลี่ยงการรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน หรือเครื่องดื่ม ชา กาแฟ	2.46	0.566
11. ท่านเติมเครื่องปรุงรสเพิ่มเติมจากที่ปรุงแล้ว	2.25	0.676
12. ท่านมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนออกกำลังกาย	2.34	0.632
13. ท่านมีการออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาที หรือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	2.39	0.656
14. ท่านมีการนอนหลับพักผ่อน อย่างน้อย 8 ชั่วโมง	2.67	0.519
15. ท่านมีการพูดคุยกับบุคคลที่ไว้ใจ เพื่อท่านไม่สบายใจหรือมีความเครียด	2.56	0.592

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	M	SD
16. ท่านมีการทำสมาธิ คิดในแง่ดี เพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด	2.52	0.676
17. ท่านได้รับคำแนะนำจากครอบครัว เมื่อท่านเกิดปัญหา	2.72	0.515
18. ท่านงดสูบบุหรี่ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2.93	0.287
19. ท่านงดดื่มสุรา เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง	2.84	0.397
20. ท่านไม่ใช้สารเสพติดทุกชนิด (รวมกระท่อม กัญชา)	2.92	0.319

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเรียงจากมากไปน้อย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลาง (moderate association) กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $r=0.487$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.398$ ) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.382$ ) การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.351$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $r=0.325$ ) แรงสนับสนุนจากการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.312$ ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $0.05$  ( $p - value < 0.05$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) รายคู่ของตัวแปรที่ศึกษา ( $n = 252$ )

ปัจจัย	การมีส่วนร่วม ( $r$ )	p -value	ความสัมพันธ์
แรงสนับสนุนจากครอบครัว	0.487	<0.01	ระดับปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์	0.398	<0.01	ระดับปานกลาง
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	0.382	<0.01	ระดับปานกลาง
การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค	0.351	<0.01	ระดับปานกลาง
แรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่	0.325	<0.01	ระดับปานกลาง
แรงสนับสนุนการได้รับข้อมูล	0.312	<0.01	ระดับปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรง	0.298	<0.01	ระดับน้อย
การรับรู้อุปสรรค	0.250	<0.01	ระดับน้อย
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.244	<0.01	ระดับน้อย

4. เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยเรียงจากมากไปน้อย พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $r=0.487$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.398$ ) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.382$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $r=0.325$ ) สามารถทำนายพฤติกรรมกำรป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวสุวรรณ

ภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 39.9 ( $R^2=.399$   $A^2$  adjust=.385  $F=27.165$   $p$  - value < 0.05) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n=252)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	b	SE	beta	t	p-value
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.778	.117	.382	6.679	0.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	.414	.111	.208	3.741	0.000
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	.210	.068	.171	3.086	0.002
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.180	.065	.146	2.778	0.006

ค่าคงที่ (Constant) = 22.515  $R^2=.399$  Adjusted R Square=.385  $F=27.165$   $p$  - value < 0.05

### การอภิปรายผล

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัว สุพรรณภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.1 ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการปฏิบัติตนในป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสม่ำเสมอ ร้อยละ 75.81 ในด้านการรับประทานยาต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร มีการติดตามเจาะเลือดประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติด (รวมทั้งกระท่อม กัญชา)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวสุพรรณภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ( $r=0.487$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.398$ ) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ( $r=0.382$ ) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $r=0.325$ ) มีส่วนร่วมในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกหมอครอบครัวสุพรรณภูมิ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ได้ร้อยละ 39.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ในการดูแลกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด การปรับเปลี่ยนภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย ช่วยให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชยานันท์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช, และกิตติศักดิ์ หลวงพันทา (2561) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทำให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสตาพรม (2563) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการแนะนำให้สังเกตอาการของโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองตามหลัก FAST เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะต้องมารับการตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการเตือนและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับประทานยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามผลเลือดประจำปี เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริฑากุล, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2563) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้เป็นโรคเรื้อรัง มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับมากที่สุด โดยรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีประโยชน์ สามารถลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรค

ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในระดับมาก ร้อยละ 91.3 สามารถอธิบายได้ว่า คลินิกหมอครอบครัวสุวรรณภูมิ ให้บริการตรวจรักษาโรคเรื้อรังทุกสัปดาห์ (เฉพาะวันพุธและวันพฤหัสบดี) และมีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มาตรวจตามนัด เพื่อติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องและเป็นการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, นันทวัน สุวรรณรูป และวันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล (2561) ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มาใช้บริการในหน่วยปฐมภูมิ พบว่า ความตระหนักรู้ต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยธิน แซ่ตัน (2563) ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง และการศึกษาของประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริฑากุล, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2563) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดโรค ทำให้ผู้ป่วยมีความสนใจในการดูแลตนเอง เกิดความตระหนัก และปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการให้คำแนะนำหรือสังเกตอาการเตือน การคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช, และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทหา (2561) ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นตัวกำหนดให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ

พฤติกรรมสุขภาพ จากกรณีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น ข่าวประชาสัมพันธ์ โปสเตอร์ แผ่นพับความรู้ สามารถลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหารจัดการ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเสนอเป็นแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ในการส่งเสริมการความรู้เรื่องอาการเตือน การสร้างนวัตกรรม เช่น แอปติดตามสุขภาพ, โปรแกรม AI วิเคราะห์ CVD Risk, การแจ้งเตือนอาการทางโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

2. ด้านการปฏิบัติการ เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการส่งเสริมการเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย การจัดกิจกรรมคัดกรองประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ปัจจัยส่งเสริมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษาวิจัย ข้อมูลที่ได้ครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในศึกษาเพิ่มเติมต่อการพัฒนางานวิจัยที่มุ่งเน้นการจัดการ หรือการศึกษาพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เฉพาะกลุ่ม ในการหาสาเหตุเชิงลึกของปัญหาในผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

World Stroke Organization. (2021). *Face the Facts: Stroke is Treatable*. [Internet]. [cited 2021 Sep 16].

Available from: <https://www.worldstrokecampaign.org/learn.html>

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562 (Public*

*Health Statistics A.D.2019)*. เข้าถึงได้จาก [http://www.pcko.moph.go.th/Health-](http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2562.pdf)

[Statistics/statistic2562.pdf](http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistic2562.pdf)

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2564). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ.*

*2560 - 2564)*. กรุงเทพฯ : บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2564). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด.

เข้าถึงจาก [https://sbr.hdc.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://sbr.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php).

ณัฐกร นิลเนตร. (2562). ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสาร*

*พยาบาลทหารบก*, 20(2), 51-57

อารีย์รัตน์ เปสุงเนิน, นันทวัน สุวรรณรูป และวันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

หลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในหน่วยปฐมภูมิ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*,

24(1): 40-56.

- ดวงธิดา โสตาพรหม. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอตาบช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภากาชาดสาธารณสุขชุมชน*, 2(2): 62-77.
- ณัฐธยาน์ ภิมรัมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เข, และกิตติศักดิ์ หลวงพันเทา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสาร มฉก. วิชาการ*, 5(2),55-68.
- ประไพศรี คงหาสุข, สมสมัย รัตนกริธากุล, และสุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้เป็นโรคเรื้อรัง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(2), 28-40.

## การพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด ของผู้ป่วยโรงพยาบาลรัตนบุรี

ชุตานันท์ เชิดนอก, พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัตนบุรี การดำเนินการวิจัย 1) ทบทวนวรรณกรรมวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การสังเคราะห์รูปแบบ 3) ตรวจสอบและปรับปรุงระบบจากผู้เชี่ยวชาญ 4) การทดลองใช้ระบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลรัตนบุรี จำนวน 30 ราย โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความวิตกกังวล ความเครียด และความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) การพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย การรายงานผลตรวจ และการตัดสินใจผู้ป่วย/ญาติ กระบวนการ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การประเมินและการวางแผนพัฒนาระบบ การบริหารบุคลากร และการสื่อสาร ปัจจัยนำออก ได้แก่ การผ่าตัด ความวิตกกังวล ความเครียด และความพึงพอใจ ผลย้อนกลับ ได้แก่ การปรับปรุง และการจัดการความรู้ 2) ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลรัตนบุรี มีความวิตกกังวล ความเครียดต่ำกว่าก่อนผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $\leq 0.01$  และมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ( $M=3.53$   $SD=0.38$ )

สรุปและข้อเสนอแนะ: การพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไปสามารถทำให้ลดความวิตกกังวล และความเครียดของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก ดังนั้น โรงพยาบาลที่มีบริบทเดียวกันสามารถนำระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไปพัฒนาศักยภาพทีมงานของโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: ระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ แรงสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวลและความเครียด

---

\*โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

Coressponding E-mail: cherdnokc@gmail.com

(Received: February 16, 2025; Revised: April 19, 2025; Accepted: April 30, 2025)

## Development of One Day Surgery System to Reduce Anxiety and Atress Among Patients Rattanaburi Hospital

Chutanan Cherdnok, B.N.S.\*

### Abstract

The Research and development aimed to development of one day surgery system to reduce anxiety and stress of patients come for treatment at Rattanaburi Hospital. The research methods included 1) review of academic literature and related research 2) Synthesize patterns 3) expert system audits and improvements 4) The sample group one day surgery were included 30 participants in Rattanaburi Hospital. The purposive random sampling. The instruments were social support program, anxiety, stress and satisfaction assessment. Percentage, mean, standard deviation, and Paired sample t-test were applied for data analysis.

The results of this research and development were as follows: 1) The development of one day surgery system included 1) Input: screening, diagnosis, reporting of results and patient/ relative adjudication 2) Process: patient preparation, assessment and planning of system development, personnel resource management and communication 3) Output: surgery, anxiety, stress and satisfaction 4) improvement, knowledge management.

Conclusion and recommendations: The development of one day surgery system for implementation can reduce anxiety stress and very satisfied among patients. Therefore, the hospitals with similar contexts can bring back same-day surgery systems to develop hospital team capabilities.

Keywords: one day surgery system social support anxiety and stress

---

\* Rattanaburi Hospital, Surin Province

## บทนำ

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (one day surgery; ODS) เป็นการรับผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาเพื่อทำหัตถการหรือการผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้า พักในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กได้รับความนิยมมากขึ้นเป็นที่ยอมรับในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในยุโรปและสหรัฐอเมริกา ซึ่งการใช้ระบบนี้ช่วยลดระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทั้งสำหรับผู้ป่วยและระบบสุขภาพ ในปี 2020 พบว่าประมาณ ร้อยละ 70 ของการผ่าตัดในสหรัฐอเมริกา เป็นการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับซึ่งถือว่าเป็นนวัตกรรมการผ่าตัดแบบไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยจะเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดมาจากรที่บ้าน และมารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาล ซึ่งหลังพักฟื้นจากการผ่าตัดไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเอง และกลับบ้านได้ภายในวันเดียว สำหรับในต่างประเทศการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับได้รับความนิยมมากขึ้น เช่น ประเทศอังกฤษ พบร้อยละ 65 (Nancarrow & Borthwick, 2021) สำหรับทวีปเอเชีย ระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับยังคงอยู่ในขั้นตอนการพัฒนาและการประยุกต์ใช้ที่ต้องการการปรับตัวให้เข้ากับบริบทของระบบสาธารณสุขแต่ละประเทศ เช่น ประเทศจีนและอินเดีย กำลังศึกษาความเป็นไปได้ในการขยายบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดความแออัดในโรงพยาบาล (Gupta, Choudhary and Agarwal, 2018) รวมถึงประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยโครงการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแผลเล็ก เป็นหนึ่งในแนวยุทธศาสตร์ของรัฐบาลและเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขของปีงบประมาณ พ.ศ.2566 จากข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2566 พบว่า มีหัตถการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 90,418 ราย สามารถลดค่าใช้จ่ายภาคประชาชนได้จำนวน 144,668,800 บาท (เฉลี่ย 800 บาท/คน/วัน) ลดจำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลได้ 180,836 วัน สามารถลดระยะเวลาการรอการผ่าตัด ลดความแออัดในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่าย เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและสร้างความพึงพอใจผู้รับบริการ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมั่นใจในระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่มีการพัฒนาและปรับปรุงให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีการขับเคลื่อนพัฒนาระบบมานานกว่า 5 ปีโดยมีความร่วมมือจากทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญของกรมการแพทย์ ราชวิทยาลัยฯ กองทุนการเบิกจ่าย รวมทั้งสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และสำนักงานประกันสังคม ผลักดันทำให้เกิดระบบการเบิกจ่ายที่เหมาะสมโดยประโยชน์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยในรูปแบบนี้คือ ลดระยะเวลาการรอการผ่าตัด ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแลสุขภาพสูงตรงกับแนวทางยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ 16 ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์อย่างทั่วถึงรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ลดความเหลื่อมล้ำของผู้รับบริการ รวมทั้งมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ข้อมูลในปีงบประมาณ 2561-2565 พบว่าการทำหัตถการ ODS จำนวน 90,418 รายนั้น สามารถลดค่าใช้จ่ายภาคประชาชน ได้จำนวน 144,668,800 บาท ลดวันนอนโรงพยาบาลได้ 180,836 วันจึงเห็นได้ว่าการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กทำให้อัตราค่าใช้จ่ายรวมทั้งการสูญเสียรายได้ของประชาชน ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการอย่างเป็นรูปธรรม

ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานและปลอดภัย ลดระยะเวลารอคอยการรักษา ลดความแออัดในโรงพยาบาล ทำให้มีเตียงรองรับผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินหรือโรคที่ยุ่ยากซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยที่ให้บริการมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 304 ราย รองลงมา เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 149 ราย และลำดับที่ 3 เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 115 ราย และมีสถานพยาบาลที่ผ่านการประเมินโดยคณะกรรมการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีโรงพยาบาลศูนย์ (A) จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (S) จำนวน 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (M2) จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์มีจำนวนผู้ป่วยที่ดำเนินการให้บริการมีจำนวนผู้รับบริการ ODS (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงกระบวนการหรือปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุน หรือปกป้องบุคคลที่เป็นสมาชิกให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมินการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านการให้ความช่วยเหลือ (House, 1987) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมที่ดีส่งผลให้ระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีประสิทธิภาพ ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและเหมาะสมจะสามารถดำเนินการเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2 ขนาด 120 เตียง ผู้รับบริการอยู่ในเขตอำเภอรัตนบุรีและ เขตอำเภอที่ใกล้เคียง เปิดให้บริการผ่าตัดศัลยกรรม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ได้ผ่านเกณฑ์การประเมินสถานบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและเริ่มเปิดให้บริการตามแผนงานการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลและสอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการ ของเขตสุขภาพที่ 9 และจังหวัด สุรินทร์ ประชาชนยังเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน ลดระยะเวลารอคอยการรักษา ลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็น ลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว รวมทั้งการสูญเสียรายได้ของประชาชน ประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเมื่อถูกจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ผ่าตัด มีระบบการประสานงานขอความร่วมมือกันระหว่างสหวิชาชีพ ผลการศึกษาการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลรัตนบุรี ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของทีมนสหวิชาชีพ 2) การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) แนวทางการเตรียมผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมก่อนผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัด การให้คำแนะนำและสื่อ และการติดตามต่อเนื่องหลังผ่าตัด 4) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว และ 5) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ระบบ Telenursing Telemedicine (ชุตานันท์ เชิดนอก, 2566) จากสนทนากับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและมีความเครียด จากประเด็นปัญหาที่ผ่านมาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาต่อยอดและสังเคราะห์ระบบเพื่อลดความวิตกกังวลและมีความเครียดของผู้ป่วยจึงนำรูปแบบการวิจัยและพัฒนาสำหรับการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลรัตนบุรี ต่อไป

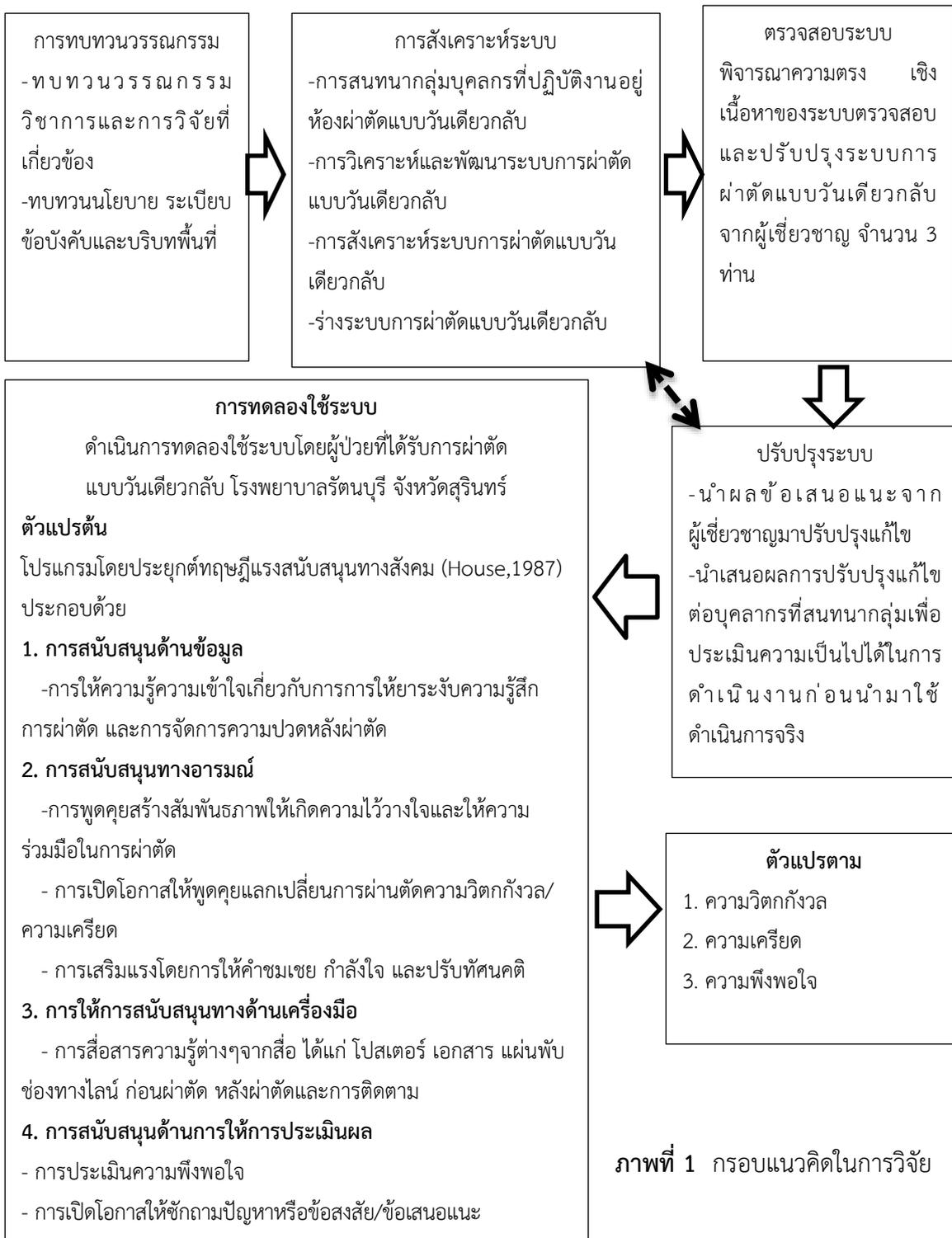
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผลกระทบ สาเหตุของผลกระทบ

2. เพื่อการพัฒนากระบวนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัตนบุรี

3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโดยการเปรียบเทียบผลความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยก่อน-หลัง

**กรอบแนวคิดการวิจัย**



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (อนันต์ นามทองตัน, 2557) มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินการให้บริการการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ผลกระทบ สาเหตุของผลกระทบ โดยการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้องและทบทวนนโยบาย ระเบียบ ข้อบังคับและบริบทพื้นที่ และการสนทนากลุ่มประชากร คือ ปฏิบัติงานในหัตถ์ผ่าตัดอย่างน้อย 1 ปี ทั้งหมด จำนวน 20 คน ได้แก่ แพทย์ผ่าตัด 4 คน วิสัญญีพยาบาล 5 คน พยาบาลผ่าตัด 7 คน คนงาน 2 คน ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย 2 คน พบว่า ระบบ ประกอบด้วย คือ 1) แผนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับของทีมสหสาขาวิชาชีพ 2) การคัดเลือกผู้ป่วยเพื่อเข้าโครงการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) แนวทางการเตรียมผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมก่อนผ่าตัดการดูแลขณะผ่าตัด การให้คำแนะนำและสื่อ และการติดตามต่อเนื่องหลังผ่าตัด 4) การมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว และ 5) การติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ระบบ Telenursing Telemedicine ยังไม่เหมาะสมกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย คือ ความวิตกกังวลและความเครียด และนโยบายของผู้บริหารให้การสนับสนุนในการพัฒนาระบบขึ้นใหม่

ระยะที่ 2 และ 3 วัตถุประสงค์เพื่อการสังเคราะห์และตรวจสอบระบบ ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ห้องผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ทั้งหมด 20 คน และนำผลจากระยะที่ 1 มาสนทนากลุ่มสำหรับการปรับปรุงให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เนื้อหา (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2552) ร่างการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลรัตนบุรี และนำร่างเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องและความเป็นไปได้ในการดำเนินการ แล้วนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้น นำเสนอผลการปรับปรุงแก้ไขต่อบุคลากรที่สนทนากลุ่มเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินงานก่อนนำมาใช้ดำเนินการจริงพร้อมปรับปรุง

ระยะที่ 4 การทดลองใช้ระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่แผนกห้องผ่าตัด โรงพยาบาลรัตนบุรี ระหว่างธันวาคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568 โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ผู้ตรวจ 10 กลุ่มโรค/หัตถ์การ ได้แก่ Inguinal hernia / Femoral hernia, Cyst/Abscess of Bartholin's gland, Vaginal bleeding, Wide excision breast mass, การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า : Loop Electrosurgical Excision Procedure, Hydrocele, Female sterilization, การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง Colorectal polyp (Colonic, Rectal polyp) โดยใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ ES (Effect size) = 0.8 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ได้จำนวน 20 คน (Cohen, 1969) กรณีคำนวณหา n ทดสอบที่ผู้วิจัยได้ว่าเป็นผลการทดลองขนาดที่เหมาะสม มีความสำคัญในระดับปฏิบัติการที่ยอมรับได้ โดยเป็นการแจกแจงแบบปกติ แต่เพื่อเป็นการป้องกันการหลุดหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 30 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) (ธณกร ปัญญาโสโสภณ, 2564) ร่วมกับการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้ป่วยชาย-หญิง ที่มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ที่ได้รับการตัดสินใจจากแพทย์ และผู้ป่วยตัดสินใจรับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยชาย-หญิง ที่ดำเนินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเสียชีวิตระหว่างดำเนินการ
2. ผู้ป่วยที่รับทราบจากแพทย์เพื่อดำเนินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับถอนตัวไม่เข้าร่วมการดำเนินการวิจัยไม่ว่า

ด้วยเหตุผลใดๆก็ตาม

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบแผนการทดลอง

กลุ่มทดลอง	T1	E	T2
เก็บรวบรวมข้อมูล	2 wk	4 wk	6 wk

### สัญลักษณ์

T1 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

T2 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

E หมายถึง ได้รับโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุน

ทางอารมณ์การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ตอน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (House,1987) เพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยโรงพยาบาลรัตนบุรี โดยเสนอผู้เชี่ยวชาญตรวจความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ ด้านเนื้อหา ด้านความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ด้านระยะเวลา ด้านสื่อและอุปกรณ์ ด้านวิธีดำเนินการ และด้านกิจกรรม 0.85 1.00 1.00 .97 1.00 และ 0.96 ตามลำดับ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสนับสนุนด้านข้อมูล ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการผ่าตัด ลักษณะกิจกรรม คือ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ต้องผ่าตัด กระบวนการของแพทย์ และพยาบาลที่ดำเนินการผ่าตัด ผลข้างเคียง และการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยการใช้สื่อ ได้แก่ วิดีโอ (VDO) ยูทูป (Youtube) และ Power point

กิจกรรมที่ 2 การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การพูดคุยสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สอบถาม ถาม-ตอบ รวมทั้งบอกเล่าถึงปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลตนเอง และการเสริมแรงโดยการให้คำชมเชย กำลังใจ และปรับทัศนคติ โดยการใช้สื่อ ได้แก่ วิดีโอ(VDO) ยูทูป (Youtube) และ Power point

กิจกรรมที่ 3 การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ ได้แก่ การสื่อสารความรู้ต่างๆจากสื่อ และการใช้ดนตรีบำบัดระหว่างผ่าตัด สื่อที่ใช้ โปสเตอร์ เอกสาร แผ่นพับ ช่องทางไลน์ ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และการติดตามผลการรักษาพยาบาล

กิจกรรมที่ 4 การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล ได้แก่ การประเมินความพึงพอใจ การเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย/ข้อเสนอแนะ โดยการใช้สื่อ ได้แก่ แบบประเมิน

ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ศาสนา และประสบการณ์ผ่าตัด ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ

2. แบบประเมินความวิตกกังวล ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ แทบไม่มี มีบ้างบางครั้ง มีบ่อย มีเกือบประจำ (ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2535) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 1-4 เกณฑ์การแปลผล คะแนนระหว่าง 20-40 คะแนน วิตกกังวลเล็กน้อย 41-60 วิตกกังวลปานกลาง 61-70 วิตกกังวลสูง และ 71-80 วิตกกังวลรุนแรง

3. แบบประเมินความเครียด (SPST-20) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย เป็นชั่วคราว เป็นบ่อยๆ เป็นประจำ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2550) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 0 – 3 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนนระหว่าง 0 – 5 คะแนน ตอบอาจตอบไม่ตรงตามความจริง 6 – 17 ปกติ/ไม่เครียด 18 – 25 เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย 26 – 29 เครียดปานกลาง และ 30 คะแนนขึ้นไป เครียดมาก

4. ความพึงพอใจ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย (ธนกร ปัญญาไสโสภณ, 2564) จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน 1 – 4 เกณฑ์การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 มากที่สุด 2.01- 3.00 มาก 1.01- 2.00 ปานกลาง และ 0.00- 1.00 ระดับน้อย

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 106/2567 เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2567 และผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โดยนำแนวทางของเฮลซิงกิ (Helsinki) เป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การให้สิทธิความยินยอมในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นความลับและนำเสนอผลภาพรวม การสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย การอธิบายและชี้แจงประโยชน์ที่ได้รับอย่างเข้าใจก่อนตัดสินใจลงชื่อเข้าร่วมหรือปฏิเสธ ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โดยแจ้งและติดประกาศเชิญชวนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างทั่วถึงที่แผนกและประสานขอความร่วมมือผู้ป่วยและชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการ และประโยชน์ที่จะได้รับในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้และลงชื่อเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3. ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวล และความเครียดของผู้ป่วยก่อนดำเนินการทดลองกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์

4. ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามแผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

5. ผู้วิจัยประเมิน ความวิตกกังวล ความเครียด และความพึงพอใจของผู้ป่วยหลังดำเนินการทดลอง กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน เปรียบเทียบความแตกต่างความวิตกกังวล และความเครียด ภายในกลุ่มก่อน-หลังการทดลอง Paired sample t-test ผลการวิจัย

ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลรัตนบุรี ส่วนใหญ่ เพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุเฉลี่ย 55.43 (SD=7.70, Max=70, Min=41) สถานภาพสมรส (จดทะเบียนสมรส/ไม่จดทะเบียนสมรส) ร้อยละ 80.00 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา/ต่ำกว่า ร้อยละ 60.00 ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 90.00 รายได้ครอบครัว 10,000 บาท/ต่ำกว่า/เดือน ร้อยละ 90.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 เคยมีประสบการณ์ผ่าตัด ร้อยละ 63.30 และมีความพึงพอใจต่อระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3.52 (SD=0.38) ระดับมากที่สุด

ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลรัตนบุรี ก่อนการใช้ระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล เท่ากับ 43.43 (SD=3.83) ซึ่งมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด เท่ากับ 46.80 (SD=7.40) ซึ่งมีความเครียดระดับมาก หลังการใช้ระบบผ่าตัดวันเดียวกลับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล เท่ากับ 29.87 (SD=3.39) ซึ่งมีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด เท่ากับ 23.43 (SD=4.40) ซึ่งมีความเครียดระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความวิตกกังวลและความเครียด

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ความวิตกกังวล	63.30	3.83	มีความวิตกกังวลสูง	29.87	3.39	มีความวิตกกังวลเล็กน้อย
2. ความเครียด	46.80	7.40	เครียดมาก	23.43	4.40	เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความวิตกกังวล ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

ตัวแปร	การทดลอง	n	M	SD	t	p-value	OR (95%CI)
1.ความวิตกกังวล	ก่อนทดลอง	30	63.30	3.83	24.22	<0.01	0.001 (16.13-40.14)
	หลังทดลอง	30	29.87	3.39			

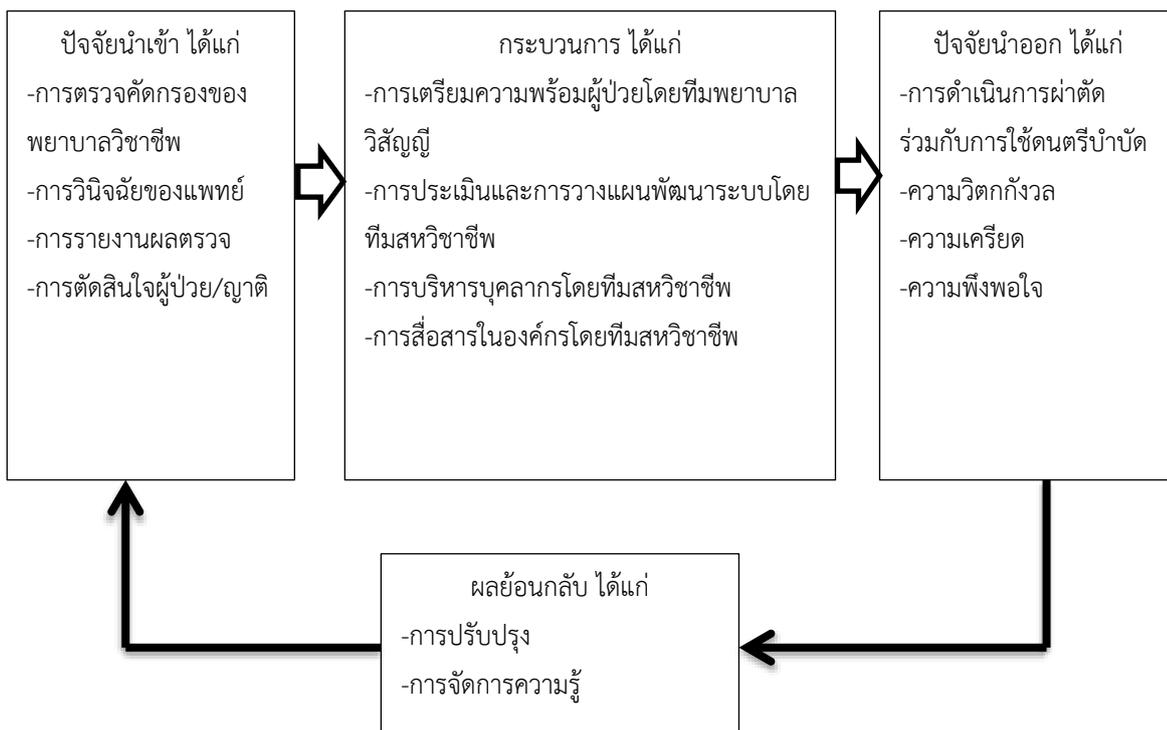
จากตารางที่ 2 ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลรัตนบุรี ก่อนการใช้ระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล เท่ากับ 43.43 (SD=3.83) หลังการใช้ระบบผ่าตัดวันเดียวกลับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวล เท่ากับ 29.87 (SD=3.39) เมื่อนำมาเปรียบเทียบภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test พบว่า หลังการใช้ระบบผ่าตัดวันเดียวกลับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความวิตกกังวลลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

### ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองภายในกลุ่ม

ตัวแปร	การทดลอง	n	M	SD	t	p-value	OR (95%CI)
1.ความเครียด	ก่อนทดลอง	30	46.80	7.40	14.63	<0.01	0.001 (13.50-35.32)
	หลังทดลอง	30	23.43	4.40			

จากตารางที่ 3 ผู้ป่วยที่ผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลรัตนบุรี ก่อนการใช้ระบบผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด เท่ากับ 46.80( $SD=7.40$ ) หลังการใช้ระบบผ่าตัดวันเดียวกลับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด เท่ากับ 23.43 ( $SD=4.40$ ) เมื่อนำมาเปรียบเทียบภายในกลุ่มโดยใช้ paired t test พบว่า หลังการใช้ระบบผ่าตัดวันเดียวกลับ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

จากการพัฒนาระบบการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลรัตนบุรี ผู้วิจัยสามารถสรุปตามทฤษฎีระบบ ดังนี้



ภาพที่ 2 การพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลรัตนบุรี

## การอภิปรายผล

การพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์ พบว่า หลังการวิจัยผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความวิตกกังวล มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบ ระดับมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจาก ระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับเดิมยังขาดกระบวนการได้แก่ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านความวิตกกังวลและความเครียดเพื่อนำมาวางแผนและการบริหารบุคคลที่เกี่ยวข้องในการผ่าตัดแบบทีมสหวิชาชีพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยและพัฒนาภายใต้บริบทของโรงพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทีมสหวิชาชีพโดยนำผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัญหาที่พบในหน่วยงาน และความต้องการของผู้ป่วย โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ดำเนินการ นำมาพัฒนาระบบตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า โดยการตรวจคัดกรองของพยาบาลวิชาชีพ การวินิจฉัยของแพทย์ การรายงานผลตรวจ การตัดสินใจผู้ป่วย/ญาติ กระบวนการ โดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยโดยทีมพยาบาลวิสัญญีทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการปรับตัว การประเมินและการวางแผนพัฒนาระบบโดยทีมสหวิชาชีพ การบริหารบุคลากรโดยทีมสหวิชาชีพตามบทบาทหน้าที่ การสื่อสารในองค์กรโดยทีมสหวิชาชีพ ส่งผลทำให้การดำเนินงาน คือ ปัจจัยนำออก โดยใช้ดนตรีบำบัดร่วมระหว่างการผ่าตัด ผลการดำเนินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไม่พบปัญหาและภาวะแทรกซ้อนใด ส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และความเครียดลดลง เกิดความพึงพอใจต่อการใช้บริการระดับมากที่สุด ผ่านสื่อการสอนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การบรรยาย การสาธิต การโต้ตอบทางไลน์ ทางโทรศัพท์ มีการติดตาม กำกับ การเยี่ยมบ้านก่อนผ่าตัด และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคก่อนผ่าตัด สอดคล้องผลการศึกษารูปแบบการจัดการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยดำเนินการวิจัยและพัฒนา แบ่งออก 5 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา 2) ออกแบบการพัฒนา 3) นำรูปแบบไปทดลองใช้ 4) ปรับปรุง 5) การนำไปใช้จริง พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบระดับดีมาก (วิลาวรรณ อัครสุดสาคร, 2564) สอดคล้องผลการศึกษารูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับโรงพยาบาลโพหนอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยดำเนินการวิจัยและพัฒนา แบ่งออก 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการบริการ 2) พัฒนารูปแบบการบริการ และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับรูปแบบเดิมมีความพึงพอใจมากกว่าเดิม (กรรณิกา ศรีชะเกษ, กุหลาบ พลเยี่ยม และสกลรัชต์ รัตแสง, 2567) สอดคล้องผลการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยดำเนินการวิจัยและพัฒนา แบ่งออก 3 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 2) พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และ 3) ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่า หลังจากได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลที่สร้างขึ้นผู้ป่วยไม่มีภาวะวิตกกังวล มีความพึงพอใจต่อการบริการและการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับในระดับดี และไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด (อวยพร จงสกุล, นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์ และศิริกุล การุณเจริญพานิชย์, 2563) สอดคล้องผลการศึกษาประสิทธิผลของสื่อมัลติมีเดียการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การวิจัยกึ่งทดลองผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .001$  แต่ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างไรก็ตามในกลุ่มที่มีความวิตกกังวลสูงก่อนการผ่าตัดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  สอดคล้องผลการศึกษารูปแบบผลโครงการการจัดระบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญีในการดำเนินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ใช้รูปแบบการวิจัยเป็น

แบบผสมผสาน โดยใช้รูปแบบ CIPP Model พบว่า การประเมินด้วย CIPP Model มีความเหมาะสมมากทั้ง 4 ด้านคือ ด้านบริบท ด้านปัจจัยเบื้องต้น ด้านกระบวนการ และด้านผลลัพธ์ 2) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และ 3) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด สอดคล้องการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง กระบวนการหรือปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายทางสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุน หรือปกป้องบุคคลที่เป็นสมาชิกให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีสุขภาพที่ดีขึ้น ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านการประเมิน การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านการให้ความช่วยเหลือ

สรุปผล การพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับมีความเหมาะสมมาก ทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ทบทวนวรรณกรรมวิชาการและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2) การสังเคราะห์รูปแบบ 3) ตรวจสอบและปรับปรุงระบบจากผู้เชี่ยวชาญ 4) การทดลองใช้ระบบ ส่งผลกระทบให้มีรูปแบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ช่วยลดความวิตกกังวลและความเครียดของผู้ป่วยตามแนวทางทฤษฎีระบบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ปัจจัยนำออก และผลย้อนกลับสู่การปฏิบัติที่ดีของโรงพยาบาลและสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

### ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้บริบทของโรงพยาบาลรัตนบุรีเป็นกรณีศึกษา ซึ่งอาจมีลักษณะเฉพาะทางด้านโครงสร้างองค์กร ทรัพยากรบุคคล และนโยบายของโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ทำให้ผลการศึกษานี้อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้โดยตรงในบริบทที่แตกต่างกันโดยไปปรับให้เหมาะสม

### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยและพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามระบบที่พัฒนาขึ้นมีระดับความวิตกกังวลและความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้นำแผนการพัฒนาระบบฯ ไปปรับใช้ในโรงพยาบาลอื่นที่มีบริบทและทรัพยากรใกล้เคียง เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ เป็นต้น

2. ควรดำเนินการให้มีการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ตรวจประเมินร่างกายโดยแพทย์ วิชาญพยาบาล ตรวจสอบสิทธิการรักษา พบแพทย์ นัดวันผ่าตัด ตรวจร่างกายและเตรียมผ่าตัด ผ่าตัด และประเมินอาการหลังผ่านตัด กลับบ้าน

### เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *คำแนะนำการพัฒนาระบบบริการทางศัลยกรรมแบบวันเดียวและการผ่าตัดเล็ก (ODS&MIS)*. กรุงเทพฯ: บริษัท เจริญสนธิทวงศการพิมพ์ จำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (สพฐ.-20)*. (ออนไลน์). ที่มา: <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/697>

กรมการแพทย์. *ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดเล็กและผ่าตัดวันเดียว (ODS&MIS)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2565.

กรมการแพทย์. *ความปลอดภัยในการผ่าตัดแบบวันเดียว (ODS). ความปลอดภัยในการผ่าตัดแบบวันเดียว*. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2561.

- กรรณิกา ศรีษะเกษ, กุหลาบ พลเยี่ยม, และสกลรัชต์ รัตแสง. (2567). การพัฒนารูปแบบการบริการผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(3), 13-26.
- ชุตานันท์ เขื่อนอก. (2566). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) โรงพยาบาลรัตนบุรี. โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์.
- ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2535) การลดความวิตกกังวล ของพยาบาลประจำการ ที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการฝึกสติ . บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย/กรุงเทพฯ.
- ฉณกร ปัญญาไสโสภณ. (2564). ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ. วิทยาลัยนครราชสีมา โรงพิมพ์เลิศศิลป์.
- บุปผา พาโคกทม, สุมณฑา พัวศรี, และณรงค์ คำแหวน. (2566). ประสิทธิภาพของสื่อมัลติมีเดียการให้ข้อมูลการระงับความรู้สึกต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดการระงับความรู้สึก. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 41(2), 1-12.
- วิลาวรรณ อัครสุดสาคร, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, สุภวรรณ แก้วอำไพ, และเชาวนวัศ พิมพัรัตน์. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารกรมการแพทย์*, 46(3), 118-125.
- ศิริทิพย์ สงวนวงศ์วาน และกัลยา อุ๋นรัตน์. (2566). การประเมินผลโครงการการจัดระบบคลินิกการพยาบาลวิสัญญี ในการดำเนินงานการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 41(1), 1-14.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2552). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทธนเสนาวิทย์พัฒน์ จำกัด สำนักวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะการพัฒนากระบวนการผ่าตัดวันเดียวและผ่าตัดเล็ก. บริษัท เจริญสนธิทวงศการพิมพ์ จำกัด. 2566.
- อนันต์ นามทองตัน. (2557). *R&D ภาคปฏิบัติ*. นนทบุรี: บริษัท สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- อวยพร จงสกุล นารีรัตน์ อยู่สมบูรณ์ และศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับแบบครบวงจรของโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 39(1), 109-125.
- Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral science*. New York: Academic Press.
- Gupta, S., Choudhary, H. and Agarwal, D.R. (2021). *An Empirical Analysis of Market Efficiency and Price* Nancarrow & Borthwick, *The allied health professions: A sociological perspective*. Bristol.

## ความต้องการการพยาบาลของญาติผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จันทร์ฉาย มณีวงศ์, พย.ม.\*

ขวัญฤทัย ธรรมกิจไพโรจน์, พย.ม.\*

### บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่พบบ่อยทางระบบประสาทที่มีความผิดปกติที่บริเวณหลอดเลือดที่บริเวณสมอง ส่งผลทำให้สมองขาดเลือดและออกซิเจน สาเหตุเกิดจากการตีบ การอุดตัน และการแตกของเส้นเลือด โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เนื่องจากมีอัตราการเสียชีวิตสูงรวมทั้งผู้ที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสืบค้นรายงานวิจัยอย่างเป็นระบบที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2567 คัดเลือกเฉพาะรายงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง และการวิจัยกึ่งทดลองที่ต้องการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือความต้องการของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ประเมินคุณภาพงานวิจัยและสกัดข้อมูลโดยใช้แบบประเมินคุณภาพวิจัยและแบบสกัดข้อมูลที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ ผลการสืบค้นอย่างเป็นระบบพบรายงานวิจัยทั้งหมด 10 เรื่อง เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก เป็นรายงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบโดยกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง จำนวน 1 เรื่อง แบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม จำนวน 8 เรื่อง งานวิจัยเชิงพัฒนา จำนวน 1 เรื่อง

จากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจงานวิจัยที่ศึกษาวิธีการช่วยเหลือความต้องการของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองมาทำการสังเคราะห์โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง ความต้องการ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

---

\*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: janchai@snc.ac.th

(Received: March 7, 2025; Revised: April 20, 2025; Accepted: April 30, 2025)

## Nursing care needs of caregivers of stroke patients: systematic review

Janchai Maneewong, M.N.S.\*

Khunruetai Thammakijpirote, M.N.S.\*

### Abstract

Stroke is a common neurological disease that involves abnormalities in the blood vessels in the brain, causing the brain to cut off blood and oxygen. Stroke is caused by stenosis, blockage, and rupture of blood vessels. Stroke is a major global public health problem due to its high mortality rate and the fact that survivors have significant disabilities.

This systematic review aimed to summarize the knowledge on stroke care methods by systematically searching for research reports from 2013 to 2024. Only controlled trials with randomized trials and quasi-experimental trials that studied methods to support the needs of stroke caregivers were selected. The research quality was assessed and data extraction was performed using the research quality assessment and data extraction form developed by the Joanna Briggs Institute. A total of 10 research reports were found from the systematic search. It meets the selection criteria as an experimental research report with a control group design and random sampling, 1 report, a quasi-experimental design with a control group, 8 reports, and 1 developmental research report.

From the above issues, the researcher is interested in research studies that study methods to support the needs of stroke caregivers and synthesize them through a systematic review of research from both foreign and Thai countries regarding the needs of stroke patients. To obtain clear conclusions and use them as guidelines for evaluating nursing problems in stroke patients and promoting continuous and effective patient care.

Keywords: caregivers of stroke patients   stroke patients   need   Systematic Review

---

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

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุอัตราการเสียชีวิตลำดับที่ 2 ของโลก รวมทั้งผู้ที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือสูง (World Stroke Organization, 2023) เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยมีแนวโน้มเพิ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง (Feigin et al, 2022) สำหรับสถานการณ์ประเทศไทยพบว่าผู้มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 7 ของปีงบประมาณ 2563-2565 เท่ากับ 292.42, 299.49 และ 318.20 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (สมศักดิ์ เทียมเก่า, 2566) ภายหลังจากผ่านพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วผลกระทบจากการเจ็บป่วยมักพบความพิการอย่างใดอย่างหนึ่งติดตัวตลอดชีวิตกับผู้ป่วย ความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ ด้วยตนเองทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตโดยลำพังได้ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเนื่องจากมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว (Thanakiatpinyo, et al, 2021) ซึ่งอาจเกิดปัญหาด้านจิตสังคมตามมา และเมื่อกลับบ้านไปรักษาตัวที่บ้าน ญาติผู้ดูแลซึ่งมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลและช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จารุวรรณ ปิยศิริ และคณะ, 2561) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นการดูแลที่มีภาวะซับซ้อนและใช้ระยะเวลายาวนาน อีกทั้งญาติผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองจำเป็นต้องมีการเรียนรู้บทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะแรกยังมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยน้อย ทำให้เกิดกังวลและไม่มั่นใจในการดูแล ต้องเผชิญกับการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และสังคม (Stroke Association, 2015) ผู้ดูแลแลจึงมีความต้องการหลาย ๆ ด้านเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ความต้องการการพยาบาลของญาติผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองเป็นความต้องการพื้นฐาน และเป็นการทำกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันและ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากการที่ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้น้อยลง ควรเพิ่มเรื่องงานวิจัยที่ผ่านมามีการทำเรื่องนี้มาน้อยเพียงใด ทั้งงานวิจัยเชิงสำรวจและงานวิจัยกึ่งทดลองหรืออื่นๆ แต่ผู้วิจัยสนใจเรื่องที่จะพัฒนาความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน แล้วค่อยมาสรุปว่าเราสนใจทำเรื่องนี้

ผู้วิจัยจึง ต้องการทบทวนอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนและนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อในการดูแลระยะเวลายาวต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเรื่องเป็นความต้องการของญาติ ทบทวนอีกทีว่าเป็นของใครแน่และปรับให้สอดคล้องกัน หลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของวิธีการใช้วิธีการดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปรับการเขียนให้เข้าใจมากขึ้น

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้เป็นการศึกษาการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การกำหนดหัวข้อ การกำหนดวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย การสืบค้น งานวิจัย การสกัดข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูลจากผลการวิจัย และการ

นำเสนอผลการทบทวนจากการวิเคราะห์เอกสาร งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งที่เป็นภาษาไทย โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยตามขั้นตอนต่าง ๆ ได้แก่ การกำหนดหัวข้อ การกำหนดวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย การสืบค้นและภาษาอังกฤษ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2013 ถึง ค.ศ. 2024)

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมจากรายงานการวิจัยที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคัดเลือกงานวิจัยที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งที่เป็นภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ภายในระยะเวลาย้อนหลัง 10 ปี คือ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2567 (ค.ศ. 2013 ถึง ค.ศ. 2024)

### การสืบค้นงานวิจัย

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยสืบค้นงานวิจัยตามคำสำคัญที่กำหนดจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ google scholar, CINAHL, PebMed, ScienceDirect, Scopus, SpringerLink และWiley ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการตีพิมพ์ตั้งแต่ 1 มกราคม 2556 จนถึง 1 มกราคม 2567 และใช้คำสำคัญในการสืบค้น คือ การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมอง, ความต้องการ โดยใช้คำเชื่อม และ/หรือสืบค้นจากฐานข้อมูล ใ้งานวิจัยจำนวน 315 เรื่อง

### เกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์เพื่อคัดเลือกงานวิจัย ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง 2) มีรูปแบบหรือแนวทางหรือโปรแกรมการช่วยเหลือความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (intervention) 3) เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (experimental research) กึ่งทดลอง (quasi-experimental research) วิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) วิจัยและพัฒนา (Research and development) และวิจัยประเมินผลลัพธ์ (evaluation research) โดยมีกลุ่มหรือไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบก็ได้ 3) มีการวัดผลลัพธ์

ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยและมีการสืบค้นอย่างเป็นระบบ โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้น ตามกรอบแนวคิด PICO และพิจารณาคัดเลือกบทความที่สืบค้นตามเกณฑ์ ดังนี้

P หมายถึง Participant เป็นงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง

I หมายถึง Intervention ในงานวิจัยชิ้นนี้สนใจโปรแกรมความต้องการผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง

C หมายถึง Comparison เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบการวิจัย โดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCT) หรืองานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Quasi-Experiment with Control Group) ที่เป็นภาษาไทย

O หมายถึง Outcome คือ วิธีการดูแลผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามความต้องการผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์คัดออก คือเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ/บรรยาย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบคัดกรองงานวิจัย (Research Screening form) ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกรายงานตามกรอบของ PICO ประกอบด้วยการคัดเลือกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) ประชากร (P: Type of Participant) คือ รายงานการวิจัยผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง 2) การจัดกระทำ (I: Type of Intervention)

คือ วิธีการส่งเสริมความต้องการผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง 3) การศึกษา (S: Type of Study) เป็นการวิจัยเชิงทดลองที่มีการออกแบบงานวิจัย โดยมีกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง (RCT) หรืองานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (Quasi-Experiment with Control Group) ที่เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2556 – 2567 (ค.ศ. 2013-2024) 4) การเปรียบเทียบ (C: Type of Comparison) เป็นเป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) กึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) 5) ผลลัพธ์ (O: Type of Outcome) เป็นงานวิจัยที่แสดงผลลัพธ์การส่งเสริมความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (O) ทั้งนี้งานวิจัยที่ผ่านการคัดกรองต้องผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 5 ข้อ

2. แบบบันทึกการสกัดข้อมูล (Data extraction form) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อสรุปรายละเอียดเกี่ยวกับกับแนวทางการสอนและรูปแบบวิธีความต้องการช่วยเหลือผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองโดยดัดแปลงจากเครื่องมือที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, 2008) มีการควบคุมคุณภาพของการรวบรวมข้อมูลโดยทดสอบความตรงกันของผู้บันทึก 3 คนเพื่อใช้ในการลงบันทึก ข้อมูลจากรายงานวิจัยที่ถูกคัดเลือกมาทบทวน เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย แบบบันทึกการสกัดข้อมูล มี 2 ส่วนประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย ได้แก่ ผู้ทำวิจัย ชื่อวารสาร ปีที่เผยแพร่ วิธีดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และขนาดของกลุ่มตัวอย่างและ 2) เนื้อหาสาระงานวิจัย ได้แก่ วิธีการช่วยเหลือจากโปรแกรมที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผลลัพธ์งานวิจัยแต่ละเรื่อง และข้อเสนอแนะของผู้วิจัย

3. แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของผู้วิจัยโดยใช้แนวทางการประเมินคุณภาพงานวิจัยของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (Joanna Briggs Institute, 2020) ตามประเภทต่างๆของงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และไม่ได้ตีพิมพ์ที่ทำในประเทศไทยที่มีรายงานไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2567 โดยผ่านเกณฑ์ที่การคัดเลือกคือ

### การประเมินคุณภาพงานวิจัย

การพิจารณาคัดเลือกงานวิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าโดยคัดเลือกบทความที่ตีพิมพ์แล้วเมื่อได้บทความที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกแล้วผู้วิจัยได้นำบทความมาคัดเลือกจากการอ่านชื่อเรื่องและบทคัดย่อหลังจากได้บทความที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดผู้วิจัยทั้ง 2 คน อ่านบทความฉบับเต็มโดยแต่ละคนอ่านงานวิจัยและสกัดข้อมูลที่ได้ลงตารางที่สร้างขึ้นโดยในกรณีที่พบว่ามีความคิดเห็นไม่ตรงกันจะปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมองเพื่อหาข้อตกลงร่วมกัน

### เกณฑ์คัดออก คือ

- 1) เป็นงานวิจัยที่ที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่ใช่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ/บรรยาย
- 3) เป็นงานวิจัยที่ไม่ได้ศึกษาผลลัพธ์ เรื่อง ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรค

หลอดเลือดสมอง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สืบค้นรายชื่อรายงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2566 โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น คือ การสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ, ผู้ดูแลโรคหลอดเลือด

สมอง, โรคหลอดเลือดสมอง, ความต้องการจากฐานข้อมูลออนไลน์ของห้องสมุดมหาวิทยาลัย และฐานข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางการศึกษาได้งานวิจัยทั้งหมด จำนวนรวม 350 เรื่อง

2. พิจารณาคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดได้งานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง

3. งานวิจัยที่ได้มาทั้งหมดได้มีการอ่านรายงานการวิจัยรอบที่หนึ่ง เพื่อประเมินคุณภาพงานวิจัยตาม แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย

4. อ่านรายงานรอบที่สองอย่างละเอียดเพื่อสกัด ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย และบันทึกในแบบบันทึกการสกัดข้อมูลจากงานวิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัยอีก 2 คน

5. ตรวจสอบความถูกต้องของการลงบันทึกข้อมูล และการวิเคราะห์เนื้อหาของงานวิจัย

#### **การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ**

การควบคุมคุณภาพของการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทดสอบความตรงกันของการบันทึกข้อมูล การคัดกรองการวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อหาความสอดคล้องตรงกัน กรณีที่พบว่ามีความคิดเห็นไม่ตรงกันจะมีการปรึกษาร่วมกัน และพิจารณาข้อมูลในการลงบันทึกร่วมกันจนกว่าความคิดเห็นจะตรงกัน

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล ตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีดังนี้**

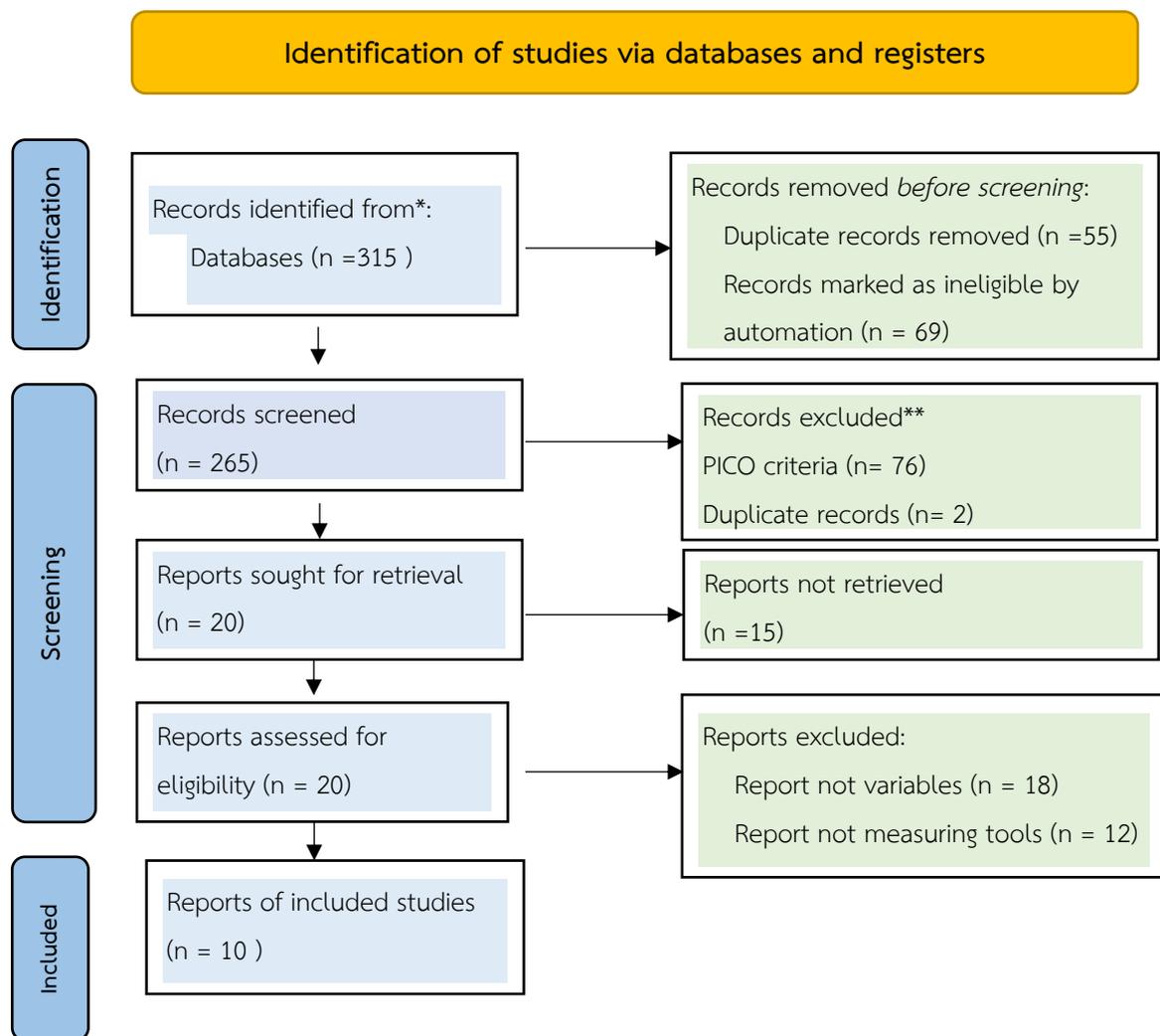
ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัยทั้งหมดวิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ และร้อยละ และตัวแปรหลักการวิจัยวิเคราะห์โดยการด้วยการสรุปเชิงเนื้อหา

#### **จริยธรรมการวิจัย**

ขอจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี รหัสจริยธรรมการวิจัยคือ EC-001/2567

#### **ผลการวิจัย**

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีช่วยเหลือผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวนทั้งสิ้น 10 เรื่อง ลักษณะทั่วไปของงานวิจัยที่นำมาทบทวนพบว่า งานวิจัยที่นำมาทบทวนส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 80 งานวิจัยกลุ่มควบคุมและมีการสุ่มตัวอย่างเข้ารับการทดลอง จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงพัฒนา จำนวน 1 เรื่อง รายละเอียดดังแสดงใน แผนภาพที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงการสืบค้นและกระบวนการคัดเลือกผลการวิจัยตามแนวทาง PRISMA 2020 Flow Diagram

## อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองทั้ง 10 เรื่องโดยโปรแกรมการให้ความรู้ที่มุ่งเน้นการเพิ่มทักษะฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นพัฒนาระดับความสามารถในการทำวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนให้กำลังใจ เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีการมีรูปแบบและสาระที่แตกต่างกัน รวมถึงมีการใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ ระยะเวลาการวัดผลลัพธ์ วิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

### ระยะที่ 1 รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนจำหน่าย

การประเมินข้อมูลทั่วไป ประเมินเกี่ยวกับความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ดูแล (Deepradit et al., 2022) ประเมินข้อมูลทั่วไปความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์เน้นข้อที่ได้ผลประเมินต่ำโดยบันทึกการตรวจสอบลำดับการให้ความรู้แต่ละราย (นิภาภรณ์

เกื้อกูล และคณะ, 2567; อรอนงค์ สุขจิตต์, 2567) เพื่อให้คำแนะนำหรือแก้ไขปัญหาค่าเหมาะสม รวมทั้งดำเนินการค้นหาญาติผู้ดูแลเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วาสนา มุลฐี และคณะ, 2559; วิรารัตน์ นิลสวัสดิ์, 2565) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลพร ศรีโชติ และคณะ (2562) พบว่า การประเมินความต้องการผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามและประเมินความสามารถของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะช่วยส่งผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถการทำกิจวัตรประจำวันหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ปรับการเขียนตามปี พ.ศ.จากปีเก่า มาปีใหม่ และสรุปในประเด็นนี้ให้ชัดเจน

### 1. ให้ความรู้และฝึกทักษะ

ผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองต้องการข้อมูลการให้คำแนะนำ การรักษา ในการเพิ่มทักษะฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการตอบสนองความต้องการ ปัจจัยการเกิดโรค ผลกระทบของโรค ภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การทำกายภาพบำบัด โดยให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความสำคัญแก่ญาติผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน แหล่งประโยชน์ให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพ (วาสนา มุลฐี และคณะ, 2559; วิรารัตน์ นิลสวัสดิ์, 2565), Pitthayapong et al, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรี ฤทธิ์ศรี (2566) ที่พบว่าการให้ความรู้ที่มุ่งเน้นทักษะฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เน้นพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ความรู้ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจ จากการทบทวนงานวิจัย 3 เรื่อง (เดือนตา สุขเกษ และคณะ, 2563; วาสนา มุลฐี และคณะ, 2559; วิรารัตน์ นิลสวัสดิ์, 2565) พบว่า ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองได้มีการมอบคู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อญาติผู้ดูแลประสบปัญหาต่างๆ เพิ่มเติมตลอดการปฏิบัติ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจในความรู้ที่ได้รับและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามความเหมาะสม ตั้งแต่ช่วงระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งการสอนสาธิตย้อนโดยเน้นความต้องการของแต่ละบุคคลในด้านความรู้และเทคนิคในการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Pitthayapong et al, 2018) ปรับการเขียนตามปี พ.ศ. จากปีเก่า มาปีใหม่ และสรุปในประเด็นนี้ให้ชัดเจน

### 2. การจัดการทางอารมณ์

ผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปก่อให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล การการสนับสนุนด้านจิตใจ (วิรารัตน์ นิลสวัสดิ์, 2565) การการสนับสนุนด้านจิตใจการให้กำลังใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยกระตุ้นและผลักดันให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาและพยายามดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยวิธีการที่เหมาะสม (ศรารินทร์ พิทยพงษ์ และคณะ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยวริย์ อินทร์เพ็ญและคณะ (2564) การสนับสนุนทางอารมณ์โดยรับฟังความคิดเห็นเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึก ผู้ดูแลต้องการเอาใจใส่และการชี้แนะแนวทางปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยทำให้ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองเกิดความอบอุ่น สบายใจ

ลดความสนใจออกจากสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางลบ ปรับการเขียนตามปี พ.ศ. จากปีเก่า มาปีใหม่ และสรุปในประเด็นนี้ให้ชัดเจน

## ระยะที่ 2 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

### 1. ติดตามเยี่ยมที่บ้าน

การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขอความร่วมมือในการประเมินคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย หลังจากนั้นได้มีการติดตามที่บ้านภายใน 72 ชั่วโมงหลังการจำหน่าย เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลในการการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมีการบันทึกรายละเอียดการเยี่ยมลงในแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ต่อจากนั้นมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินและติดตามปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งหมด 4 สัปดาห์ เมื่อครบ 1 เดือน นัดหมายเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความรู้จากปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (วาสนา มูลฐิ และคณะ, 2016; Deepradit et al., 2022) มีการประสานงานของสาขาวิชาชีพในการสนับสนุน และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายกรณีรวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อทำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างมั่นใจและปลอดภัย (วิรัตน์ นิลสวัสดิ์, 2565) ปรับการเขียนตามปี พ.ศ. จากปีเก่า มาปีใหม่ และสรุปในประเด็นนี้ให้ชัดเจน

### 2. การติดตามทางโทรศัพท์

ผลการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้ พบว่ามีงานวิจัย 3 เรื่อง ที่มีการติดตามทางโทรศัพท์เป็นระยะ เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น (วาสนา มูลฐิ และคณะ, 2559) (วชิราภรณ์ เรืองเดช และคณะ, 2563) อรอนงค์ สุขจิตต์, 2567 และประเมินเกี่ยวกับความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณของผู้ดูแลรวมทั้งให้คำแนะนำ (Deepradit et al., 2022) นอกจากนี้ยังได้มีการบันทึกปัญหาต่างๆ และข้อแนะนำที่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้รับผ่านโปรแกรมของโรงพยาบาล (วิรัตน์ นิลสวัสดิ์, 2565) (วาสนา มูลฐิ และคณะ, 2559; นิภาภรณ์ เกื้อกุล; และคณะ; อรอนงค์ สุขจิตต์, 2567) รวมทั้งการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ แอปพลิเคชันสัปดาห์ละ 1 ครั้ง (วชิราภรณ์ เรืองเดช และคณะ, 2563) ซึ่งเป็นการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และเป็นความสะดวกในการสอบถามกับบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Bakas et al. (2016) ศึกษาผลของการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เป็นอีกส่วนหนึ่งของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลที่สามารถช่วยกระตุ้นการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง และติดตามเยี่ยมต่อเนื่องที่บ้าน หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยติดตามทางโทรศัพท์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์จำนวน 8 ครั้ง และ ติดตามครั้งที่ 9 ในระยะ 1 เดือนต่อมา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการดูแล ติดตามอย่างต่อเนื่องมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการติดตามทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่สะดวกรวดเร็ว ค่าใช้จ่ายน้อย สามารถเข้าถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ง่ายและครอบคลุมหลายพื้นที่ และเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากระยะทางไกล หรือขาดผู้ดูแล เนื่องจากการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์นั้นทำให้ผู้วิจัยสามารถ

ติดตามประเมิน รับทราบปัญหา และให้คำปรึกษาทางด้านการฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัย ปรับการเขียนตามปี พ.ศ. จากปีเก่า มาปีใหม่ และสรุปในประเด็นนี้ให้ชัดเจน

### 3. การจัดการทางอารมณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ลักษณะของวิธีการช่วยเหลือด้านจิตใจหลายวิธี เช่น การสนับสนุนด้วยการให้กำลังใจขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เดือนตา สุขเกษ และคณะ, 2561; Pitthayapong et al, 2018) การเสริมพลังอำนาจ เพื่อลดความเครียด ลดความวิตกกังวล และลดความซึมเศร้า การจัดการทางอารมณ์ด้วยการให้กำลังใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและปลอดภัยมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง (วิรัตน์ นิลสวัสดิ์, 2565) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bakas et al. (2017) การจัดการอารมณ์และพฤติกรรมของผู้เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่บ่งบอกของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการซึมเศร้า ความโศกเศร้า ความโกรธ หรือ รู้สึกไร้ค่า และพฤติกรรมที่แสดง เช่น อารมณ์เสีย พุดจาหายาก การตัดสินใจไม่ดี เช่น หลงลืม ความจำ หรือความสับสน การให้คำแนะนำช่วยเหลือโดยใช้ผ่านพบหรือหนังสือเกร็ดความรู้มุ่งเน้นไปที่การจัดการอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการส่งเสริมกิจกรรมทางสังคมขึ้น ปรับการเขียนตามปี พ.ศ. จากปีเก่า มาปีใหม่ และสรุปในประเด็นนี้ให้ชัดเจน

### 4. แจ้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลถึงความสำคัญของทรัพยากรภายนอกและการสนับสนุนทางสังคมและอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งประสานงานกับผู้นำชุมชนและบริการด้านสุขภาพเพื่อจัดหาอุปกรณ์และสวัสดิการสังคมที่ควรได้รับ (วิรัตน์ นิลสวัสดิ์, 2565) จัดตั้งกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลผู้ป่วย (Deepradit et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ Farahani et al. (2020) ในระยะนี้ผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองต้องการได้รับข้อมูลรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค การตรวจวินิจฉัย การพยากรณ์โรค อาการของโรค การรักษา ปัญหาทางกายภาพและการใช้ยาในการรักษา การได้รับคำแนะนำช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญในชุมชน นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความต้องการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการเดินทางพาผู้ป่วยมาไปแพทย์ ความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย เป็นต้น (Bakas et al., 2020) ปรับการเขียนตามปี พ.ศ. จากปีเก่า มาปีใหม่ และสรุปในประเด็นนี้ให้ชัดเจน

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลแบบในการสนับสนุนและให้การช่วยเหลือในแต่ละระยะของโรค

2. ควรมีการติดตามวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว เช่น ในระยะเวลา 3, 6 เดือน และ 1 ปี

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ใช้เป็นแนวทางในการสร้างพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการพัฒนาโปรแกรมติดตามผ่านระบบออนไลน์ (Tele-medicine, line หรืออื่นๆ)

2. ควรมีการติดตามวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว เช่น ในระยะเวลา 3,6 เดือน และ 1 ปี เป็น เพื่อติดตามการดำรงของผลลัพธ์ที่มีต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคหลอดเลือด โดยอาจส่งต่อให้โรงพยาบาลชุมชน หรือศูนย์บริการสาธารณสุขในชุมชนได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยตามแผนต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดสุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย ซึ่งวิจัยฉบับนี้ได้รับงบประมาณ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

### เอกสารอ้างอิง

- จรรุวรรณ ปิยหิรัญ, ทวีศักดิ์ กสิผล และชฎาภา ประเสริฐทรง. (2561).ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะ  
 แห่งตนของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสาร มฉก.วิชาการ*, 22(43-44), 130-142.
- ดวงมาลย์ คำหม่อม. (2563). ประสิทธิภาพโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรค  
 หลอดเลือดสมองโรงพยาบาลแพร์. *วารสารโรงพยาบาลแพร์*, 28(1), 92-106.
- เดือนตา สุขเกษ, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และมุกดา หนุ่ยศรี. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสามารถการ  
 ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ดูแล อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร. *วารสารสภาการพยาบาล*, 67(3),  
 19-27.
- ทัศนภรณ์ สุทธิรักษ์, รังสียา นารินทร์ และวิลาวัดย์ เตือนราชภูร์. ( 2563 ). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง  
 อำนาจต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสภาการ  
 พยาบาล*, 35(4), 70-83.
- นันทกาญจน์ ปักซี่, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง และ ศิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแล  
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความพร้อมใน  
 การดูแล ความเครียด การปรับ และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. *รามาริบัติพยาบาล  
 สาร*, 22(1), 65-79.
- นิภาภรณ์ เกื้อกุล, ดุชนิย์ สุวรรณคง, ต้ม บุญรอด และชำนาญ ชินสีห์. (2567). การเปรียบเทียบผลของ  
 กระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและ  
 ผู้ดูแล โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลวิชาการสาธารณสุข*, 33(6), 1133-1147.
- พัชรี ฤทธิศร. (2566). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในระยะฟื้นฟูพักฟื้นอยู่  
 ในโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 8(1), 297-293.
- ยุวรีย์ อินทร์เพ็ญ, จินดารัตน์ ชัยอาจ และทศพร คำผลศิริ. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อ  
 การปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร*, 48(1), 41-53.
- วชิราภรณ์ เรืองเดช, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ และพัชราพร เกิดมงคล. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการราย  
 กรณีต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงใน  
 กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(1), 112-126.

- วาสนา มูลฐี, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 31(1), 95 - 110.
- วิรัตน์ นิลสวัสดิ์. (2565). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 2(3), 57-70.
- วชิราภรณ์ เรืองเดช, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ และพัชราพร เกิดมงคล. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการรายการนัดต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(1), 112-126.
- วาสนา มูลฐี, สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและญาติผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 31(1), 95-110.
- วิรัตน์ นิลสวัสดิ์. (2565). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต่อความสามารถการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยและความสามารถจัดการตนเองของผู้ดูแล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 2(3), 57-70.
- ศรารินทร์ พิทยะพงษ์, จารุณี นุ่มพล, ดวงกมล วัตราคูล, สายสมร กลยณี และอรุณวรรณ ศรีศาสตร์. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลในครอบครัวในรูปแบบการพยาบาลทางไกลต่อการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 24(1), 115-134.
- สมศักดิ์ เทียมเก่า. (2566). อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. *วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย*, 39(2), 39-46.
- Dang, D., Dearholt, S. L., Bissett, K., Ascenzi, J., & Whalen, M. (2021). *Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: Model and guidelines*. Sigma Theta Tau.
- Deepradit, S., Powwattana, A., Lagampan, S., & Thiangtham, W. (2023). Effectiveness of a family-based program for post-stroke patients and families: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(4), 446-455.
- Farahani, M. A., Ghezalje, T. N., Haghani, S., & Alazmani-Noodeh, F. (2021). The effect of a

supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: An experimental study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06340-4>

Feigin, V. L., Brainin, M., Norrving, B., Martins, S., Sacco, R. L., Hacke, W., ... & Lindsay, P. (2022). World Stroke Organization (WSO): global stroke fact sheet 2022. *International Journal of Stroke*, 17(1), 18-29.

Joanna Briggs Institute. (2020). JBI critical appraisal tools. <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>

Thanakiatpinyo, T., Dajpratham, P., Kovindha, A., & Kuptniratsaikul, V. (2021). Quality of Life of Stroke Patients at 1 Year after Discharge from Inpatient Rehabilitation: A Multicenter Study. *Siriraj Medical Journal*, 73(4), 216-223.

## การพัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

อุทัยทิพย์ ทองฉวี, พย.บ.\*

ทิพย์วรรณ บุญยาภรณ์, พย.ม.\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบฯ และผลลัพธ์การใช้ระบบฯ การวิจัยประกอบด้วย 4 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา 2) ออกแบบและพัฒนาระบบ 3) การทดลองใช้ระบบ และ 4) ประเมินผลลัพธ์จากการใช้งานระบบ กลุ่มตัวอย่างแต่ละระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 หญิงตั้งครรภ์จำนวน 10 คนและผู้ปฏิบัติงานจำนวน 10 คน ระยะที่ 3 ผู้ปฏิบัติงานจำนวน 10 คน และระยะที่ 4 หญิงตั้งครรภ์จำนวน 28 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก 2) ร่างระบบค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ 3) แบบสอบถามความเป็นไปได้และความคิดเห็นต่อระบบ 4) แบบสอบถามคุณภาพการบริการ 5) แบบบันทึกผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณา ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การฝากครรภ์ล่าช้ามีสาเหตุหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ปังจัยจากตัวหญิงตั้งครรภ์ 2) ปังจัยด้านกระบวนการของการรับบริการฝากครรภ์ 3) ปังจัยทางเศรษฐกิจ และ 4) ปังจัยทางสังคม ระบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การค้นหา ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ อบรมให้ความรู้ ส่งเสริมการตรวจการตั้งครรภ์ ประชาสัมพันธ์เชิงรุก จัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลงพื้นที่ เพิ่มช่องทางการขอรับคำแนะนำ จัดฝากครรภ์นอกเวลาราชการและรายงานผล 2) การคัดกรองความเสี่ยง ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ การประเมินความเสี่ยงและประเมินสุขภาพ จัดกลุ่มความเสี่ยง ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และใช้แอปพลิเคชัน line ผลการประเมินความเป็นไปได้เท่ากับ 2.90 ( $SD=0.32$ ) ในส่วนผลลัพธ์ พบว่าการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากก่อนใช้ระบบจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 87.09 และความคิดเห็นต่อการใช้ระบบโดยรวมเท่ากับ 4.82 ( $SD=0.39$ ) การพัฒนาระบบนี้ช่วยเพิ่มอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีศักยภาพสูงและควรขยายผลเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพแม่และเด็กอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ การคัดกรองความเสี่ยง

\*สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

\*\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: tippawan@bcnt.ac.th

(Received: February 20, 2025; Revised: April 28, 2025; Accepted: April 30, 2025)

## Development of a system for detecting and screening the risk of pregnant women in the area of Na Yong District, Trang Province.

Uthaithip Thongchawee, B.N.S.\*

Tiphawan Boonyaporn, M.N.S.\*\*

### Abstract

This research and development project aims to develop a system for screening and assessing risks among new pregnant women with gestational ages under 12 weeks, study the feasibility of the system, and evaluate the outcomes of its implementation. The research consists of four phases: 1) situational analysis and problem identification, 2) system design and development, 3) system pilot testing, and 4) outcome evaluation. The sample groups for each phase were as follows: Phase 1 included 10 pregnant women and 10 healthcare workers; Phase 3 involved 10 healthcare workers; and Phase 4 included 28 pregnant women. The research tools consisted of: 1) in-depth interview guides, 2) a draft system for screening and risk assessment of pregnant women, 3) feasibility and opinion questionnaires on the system, 4) service quality questionnaires, and 5) outcome recording forms. Data were analyzed using descriptive statistics. The findings revealed that delayed antenatal care registration was primarily caused by four factors: (1) maternal factors, (2) antenatal care service process factors, (3) economic factors, and (4) social factors. The developed system focuses on screening and risk assessment for pregnant women, with key components including: Screening, comprising six activities: educational training, promotion of pregnancy testing, proactive public relations, organizing village health volunteers (VHVs) for community outreach, expanding consultation channels, providing after-hours antenatal care registration, and reporting screening results. Risk assessment, consisting of five activities: risk evaluation, health assessment, risk categorization, physical examination, pregnancy examination, and the use of a LINE application. The feasibility assessment score was 2.90 (S.D.=0.32). Regarding outcomes, the rate of first antenatal visits before 12 weeks of gestation increased from 70% to 87.09% after system implementation. Overall user satisfaction with the system was rated at 4.82 (S.D.=0.39). The development of this system helped increase the rate of first antenatal visits before 12 weeks of gestation, demonstrating high potential for scalability and contributing to sustainable improvements in maternal and child healthcare quality.

Keywords: New pregnant women screening Risk assessment

---

\*Na Yong District Public Health Office, Trang Province

\*\* Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing,  
Ministry of Public Health

## บทนำ

การฝากครรภ์เป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารก และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แต่กลับพบว่าประเทศไทยมีแนวโน้มการเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้าและไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบาย“ฝากครรภ์คุณภาพ”ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย โดยมุ่งให้ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์และฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ. 2565 ได้พัฒนาแนวทางให้สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นการฝากครรภ์ 8 ครั้ง (สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย, 2565; World Health Organization, 2022) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ผลการดำเนินงานของคลินิกฝากครรภ์ในประเทศไทยในปีงบประมาณ 2564 - 2566 พบว่า การเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ในภาพรวมของประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่ไม่คงที่ โดยอยู่ที่ร้อยละ 78.86, 79.88 และ 75.05 เช่นเดียวกับการฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 71.19, 73.06 และ 66.73 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ในจังหวัดตรังและอำเภอนาโยงมีแนวโน้มเช่นเดียวกับภาพรวมของประเทศ โดยในจังหวัดตรัง การเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์อยู่ที่ร้อยละ 81.37, 93.10 และ 78.72 ตามลำดับ ขณะที่การฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพอยู่ที่ร้อยละ 74.58, 77.46 และ 71.18 ตามลำดับ สำหรับอำเภอนาโยง การเข้ารับบริการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์อยู่ที่ร้อยละ 78.26, 83.60 และ 79.19 ตามลำดับ ส่วนการฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพอยู่ที่ร้อยละ 75.16, 78.72 และ 78.21 ตามลำดับ แม้ว่าผลการดำเนินงานของอำเภอนาโยง ซึ่งประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 7 แห่ง จะผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 75 ของกรมอนามัย ทั้ง 2 ตัวชี้วัด เมื่อวิเคราะห์คุณภาพการดำเนินงานให้บริการฝากครรภ์ของอำเภอนาโยง ในปีงบประมาณ 2566 พบอัตราการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 3.85 ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 7.26 และหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางช่วงอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ร้อยละ 6.38 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2567) ปัจจัยเหล่านี้ส่วนหนึ่งเกิดจากการฝากครรภ์ล่าช้าและการค้นหาความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ครอบคลุม

จากการทบทวนวรรณกรรม การฝากครรภ์คุณภาพ คือ การที่หญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับการตามกิจกรรมที่กำหนดตามมาตรฐานการฝากครรภ์ โดยกำหนดกิจกรรมคุณภาพ 3 ประเด็น ดังนี้

- 1) การบริการฝากครรภ์คุณภาพตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ โดยเน้นส่งเสริมและสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์ฝากครรภ์ 8 ครั้ง
- 2) หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์อย่างครบถ้วน ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 และ
- 3) จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพ ทั้งนี้เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับการบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2567) นอกจากนี้การฝากครรภ์ 8 ครั้ง ถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มคุณภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในแต่ละช่วงอายุครรภ์ ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 อายุครรภ์  $\leq$  12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 13-20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 อายุครรภ์ 21-26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อายุครรภ์ 27-30 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 อายุครรภ์ 31-34 สัปดาห์ ครั้งที่ 6 อายุครรภ์ 35-36 สัปดาห์ ครั้งที่ 7 อายุครรภ์ 37-38 สัปดาห์ ครั้งที่ 8 อายุ

ครรภ์ 39-40 สัปดาห์ (ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งการฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ อาจทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ขาดโอกาสได้รับยาบำรุงและคำแนะนำด้านโภชนาการ อาจส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดแร่ธาตุที่สำคัญ เช่น เหล็ก ไอโอดีน และโฟเลต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของมารดาและส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ เช่น คลอดก่อนกำหนด ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 2,500 กรัม และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนอาจเสียชีวิตในครรภ์ได้เช่นกัน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จากที่กล่าวมาข้างต้น การพัฒนาระบบการฝากครรภ์เป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยมุ่งเน้นค้นหาให้หญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระบบฝากครรภ์โดยเร็ว เพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงแต่ละช่วงอายุครรภ์ (คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565 - 2567, 2566) ) จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลในหลายพื้นที่ พบว่า การพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิส่งผลให้คุณภาพบริการดีขึ้น อัตราตายปริกำเนิดลดลง แต่ยังพบปัญหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้าเกิน 12 สัปดาห์ เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์และการค้นหาเชิงรุกในชุมชน (สรารุณี ไผ่ขำนาญ, 2561) ต้องการการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ (ประภาพรณ พัฒนพนาลัย และสุวดี นารีชื่นจิตใส, 2564) หรือรูปแบบการให้บริการของคลินิกฝากครรภ์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (สิริกร จันทรร, 2567) ซึ่งการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอนาโยงที่ผ่านมามีระบบที่ยังขาดความชัดเจนที่จะผลักดันให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ได้เร็วขึ้น และรูปแบบบริการยังไม่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จึงเป็นที่มาของการพัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง การปรับปรุงระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญในการยกระดับคุณภาพการฝากครรภ์ ซึ่งการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนจะช่วยลดอุปสรรค และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

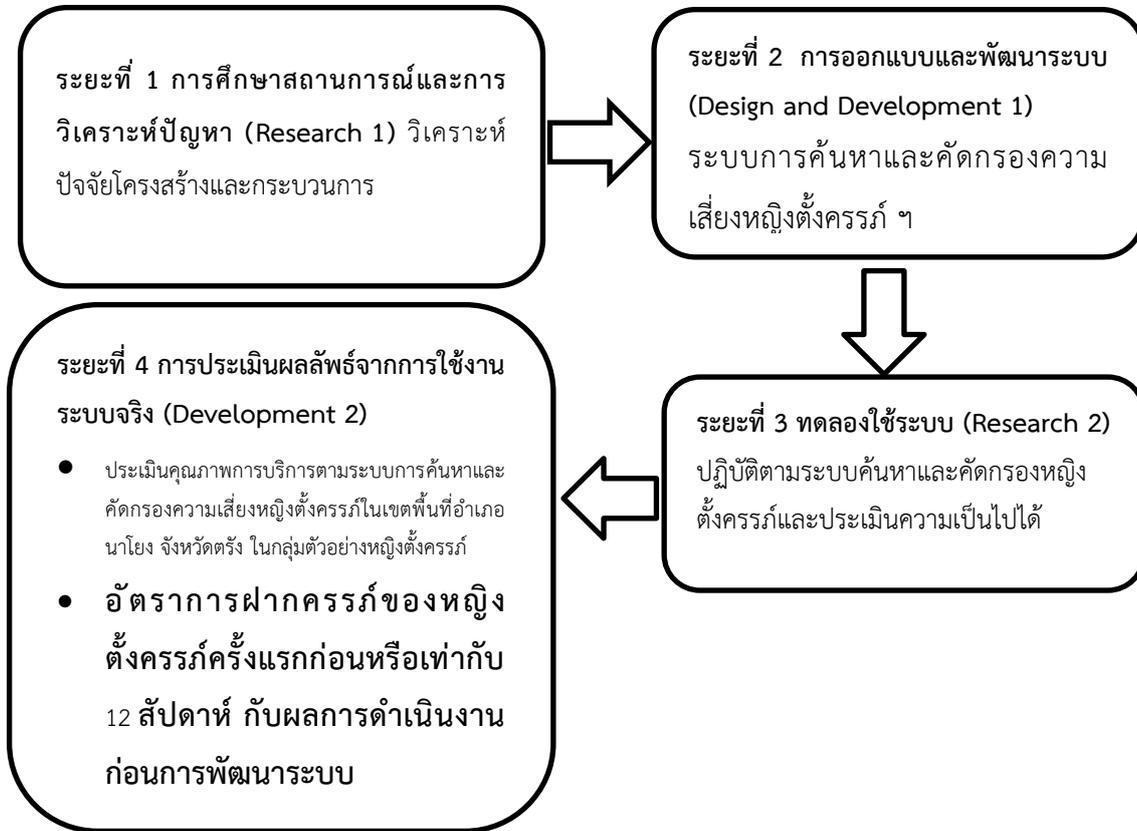
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้ระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ที่อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยใช้รูปแบบ Research and Development (R&D) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (R1) โดยในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ (R1) ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (Donabedian, 2003.) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยโครงสร้างและกระบวนการที่ส่งผลต่อการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ 2) ออกแบบและพัฒนาระบบฯ (D1) เป็นการนำผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมากำหนดองค์ประกอบและขั้นตอนการดำเนินการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ 3) ทดลองใช้ระบบฯ (R2) เพื่อประเมินความเป็นไปได้และประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ และ 4) ประเมินผลลัพธ์ของระบบฯ (D2) โดย ตัวแปรต้น คือ ระบบฯ ที่

พัฒนาขึ้น และ ตัวแปรตาม ได้แก่ อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์และคุณภาพการจัดบริการ สามารถสรุปข้อมูลทั้งหมดแสดงเป็นกรอบแนวคิด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) เพื่อพัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - กันยายน 2567 ประกอบด้วย 4 ระยะดังนี้

**ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และการวิเคราะห์ปัญหา (Research 1)** โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาสถานการณ์ของปัญหา และวิเคราะห์สภาพปัญหาให้ชัดเจน เป็นการศึกษาถึงสาเหตุของการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาระบบฯ โดยทำการศึกษาจากเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎี รายงานวิจัยและการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่จังหวัดตรัง จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีประวัติฝากครรภ์หลัง 12 สัปดาห์ เข้ารับบริการฝากครรภ์ในพื้นที่อำเภอนาโยงอย่างน้อย 1 ครั้ง สามารถพูดภาษาไทยหรือภาษาใต้ได้ สัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัย 2) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดตรัง จำนวน 10 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการงานอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อย 1 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัย ปัญหาและอุปสรรคของการมาฝากครรภ์ จำนวน 5 ประเด็น และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) สำหรับผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก เกี่ยวกับจุดอ่อนและจุดแข็ง ปัญหาและ/หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น ความต้องการความช่วยเหลือ จำนวน 6 ประเด็น ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure Interview) จากการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัย โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ก่อนปรับปรุงแล้วนำไปสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยสรุปใช้วิธีการสังเคราะห์เชิงคุณภาพ จากผลการวิจัยและข้อค้นพบจากเอกสาร และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในแต่ละประเด็นคำถาม ก่อนวิเคราะห์ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย เพื่อตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและกลั่นกรองให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง และได้มุมมองจากบุคคลอื่นด้วย ซึ่งประกอบด้วย นักวิจัย อาจารย์พยาบาล และผู้ปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์ หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อสรุปประเด็นต่างๆ เพื่อกำหนดขอบเขตของระบบ

**ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ (Design and Development 1)** โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนาระบบฯ และออกแบบร่างระบบฯ โดยประชุมผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลคลินิกฝากครรภ์ หัวหน้างานอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ข้อเสนอแนะ รวมถึงปัญหาที่พบจากการใช้รูปแบบเดิม มาปรับปรุงร่างระบบฯ ให้สมบูรณ์มากขึ้น ซึ่งให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) และนำเสนอร่างรูปแบบใหม่แก่ที่ประชุม จากนั้นนำร่างระบบฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรม พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

**ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบ (Research 2)** เตรียมความพร้อมของผู้เกี่ยวข้อง โดยอธิบายระบบฯ กิจกรรมและขั้นตอนในระบบตามร่างระบบฯ ดำเนินการทดลองใช้ระบบฯ เป็นระยะเวลา 2 เดือน โดยหญิงตั้งครรภ์จำนวน 10 คน จะได้รับการดูแลตามร่างระบบฯ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาโยน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยผู้วิจัยประสานกับผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยโดยวาจา ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วม ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ความเสี่ยงของการวิจัย กระบวนการวิจัยและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัยโดยให้เวลาในการอ่านใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่สงสัย หลังจากนั้นและให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความเป็นไปได้และความคิดเห็นต่อระบบฯ แก่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 คน ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

แบบสอบถามความเป็นไปได้และความคิดเห็นต่อการใช้ระบบค้นหาและคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัยมาสร้างแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ ตำแหน่งงาน จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความเป็นไปได้ ซึ่งเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 มีความเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงมีความเป็นไปได้ในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการใช้ระบบฯ ซึ่งเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงเห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน) จำนวน 12 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ( Indexes of Item-Objective Congruence: IOC ) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงและนำไปหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.77

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์จากการใช้งานระบบจริง (Development 2)

จัดประชุมชี้แจงการใช้ระบบฯ ให้เป็นในทิศทางเดียวกัน รวมถึงติดตามนิเทศ กำกับการใช้ระบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการติดตามระบบฯ เป็นระยะเวลา 3 เดือน โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยพูดคุย แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัย กระบวนการวิจัยและพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัยจากหญิงตั้งครรภ์จำนวน 28 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G\*power 3.1 กำหนดค่า Effect size 0.30 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 แอลฟา 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 ราย สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ และหญิงที่สงสัยว่าตั้งครรภ์ เช่น ประจำเดือนขาด เป็นต้น อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง สามารถพูดภาษาไทยได้ สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดระยะเวลาการศึกษา หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพการบริการตามระบบฯ โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 20-30 นาที และบันทึกอัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

1. แบบสอบถามคุณภาพการบริการตามระบบฯ โดยผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามจากการสังเคราะห์เอกสารงานวิจัย มาสร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ตอน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ข้อมูลการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เป็นต้น จำนวน 8 ข้อ

2) แบบสอบถามคุณภาพการบริการตามระบบฯ ประกอบด้วยการประเมินคุณภาพ 5 ด้านคือ ด้านการค้นหา ด้านการคัดกรอง ด้านมาตรฐานงานบริการฝากครรภ์ ด้านความน่าเชื่อถือของเจ้าหน้าที่และด้านสถานที่และอุปกรณ์ จำนวน 39 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่คุณภาพบริการในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) จนถึงคุณภาพบริการในระดับน้อยที่สุด (1 คะแนน)

2. เก็บข้อมูลตัวชี้วัดผลลัพธ์ตามเป้าหมายอัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยดึงข้อมูลการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ จากระบบฐานข้อมูล 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง และผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและนำข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ( Indexes of Item-Objective Congruence: IOC ) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงและนำไปหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันจำนวน 30 คน โดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

**วิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตั้ง เลขที่ IRB of BCNT 13/2567 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2567 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

### ผลการวิจัย

**ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหา (Research1)** พบว่า การมาฝากครรภ์ล่าช้าเกิดจากตัวบุคคลหรือหญิงตั้งครรภ์เอง ข้อค้นพบที่ได้จากงานวิจัยนี้มี 4 ประเด็นหลักดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า การมาฝากครรภ์ล่าช้าเกิดจากตัวบุคคลหรือหญิงตั้งครรภ์เอง ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยคือ 1) การขาดความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการฝากครรภ์ การไม่ทราบที่ตั้งครรภ์เนื่องจากไม่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การไม่ได้สังเกตตัวเอง 2) ขาดความเข้าใจในกระบวนการรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการมาฝากครรภ์ล่าช้าและ 3) ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์

2. กระบวนการของการรับบริการ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า ระยะเวลาของการเปิดบริการไม่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้เกิดการมาฝากครรภ์ล่าช้า ส่วนผู้ปฏิบัติงานต้องทำหน้าที่ตามกำหนดเวลาของทางราชการทำให้บริการไม่ตรงกับความต้องการของหญิงตั้งครรภ์

3. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า การทำงานในปัจจุบัน ยังไม่เอื้ออำนวยให้ลางานเพื่อมาฝากครรภ์ได้ บางรายหากลางานต้องหักเงินเดือนหรือรายได้

4. ปัจจัยทางสังคม หญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานสะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างบางคนตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ยังไม่ผ่านพิธีแต่งงาน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ต้องปกปิด ส่งผลทำให้ต้องเลื่อนการมาฝากครรภ์จนกว่าจะสามารถเปิดเผยตนเองได้

**ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนาระบบ (Design and Development 1)** โดยนำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 รวมถึงปัญหาที่พบจากการใช้แนวปฏิบัติเดิมซึ่งมีรูปแบบไม่ชัดเจน มาทำการออกแบบร่างระบบฯ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 การค้นหาหญิงตั้งครรภ์โดยประยุกต์ใช้นวัตกรรม VALCHOR Model ดังนี้ (V = Volunteer, A = Award L= Line, C= Clinic H= Health Literacy, O= Love child, R= Report) ของวัชรกร ปุโร (2562) มาปรับปรุงระบบฯ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้

1) จัดอบรมให้ความรู้ในการเตรียมตัวก่อนการมีบุตรในกลุ่มครอบครัวใหม่ในพื้นที่ เพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมการตรวจการตั้งครรภ์โดยแจกชุดตรวจการตั้งครรภ์ โดยขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นในพื้นที่

2) ประชาสัมพันธ์เชิงรุก ในการค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วโดยใช้ช่องทางต่าง ๆ ในการประชาสัมพันธ์ เช่น เสียงตามสาย เวทีประชุมหมู่บ้าน ไลน์กลุ่มหมู่บ้าน

3) จัดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลงพื้นที่ ในการให้ข้อมูลการฝากครรภ์โดยเร็ว รวมถึงสิทธิประโยชน์ของการฝากครรภ์

4) เพิ่มช่องทางการติดต่อเพื่อขอรับคำแนะนำในการฝากครรภ์ ได้แก่ เบอร์โทร และ Line แอปพลิเคชัน

5) จัดการฝากครรภ์นอกเวลาราชการเพื่อรองรับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สะดวกมาช่วงเวลาทำงาน โดยนัดหมายล่วงหน้า เพื่อหลีกเลี่ยงการรอคิวนาน และสามารถจัดสรรเวลาให้เหมาะสมกับปริมาณผู้มารับบริการได้ โดยใช้ระบบการจองนัดหมายผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชัน line

6) กำหนดการรายงานการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ โดยระบุผู้รับผิดชอบงานข้อมูล และรายงานผลทุกสัปดาห์ ส่วนที่ 2 การคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังนี้

1) การประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย

2) ประเมินการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ไอโอดีน กรด โฟลิกและแคลเซียม การให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก ไข้หวัดใหญ่ รวมถึงประเมินสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียด โรคซึมเศร้าและการดื่มสุรา

3) จัดกลุ่มความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อวางแผนการดูแล โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ความเสี่ยง คือ กลุ่มเสี่ยงสูง เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ

4) ตรวจร่างกาย และตรวจครรภ์ และให้การดูแลตามขั้นตอนการบริการปกติ

5) สร้างกลุ่ม Line ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ และบุคลากรทางสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลตัวเอง

### ระยะที่ 3 ทดลองใช้ระบบ (Research 2)

ศึกษาความเป็นไปได้ของระบบในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 90 มีอายุระหว่าง 30 - 40 ปีร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 100 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 10 ปีร้อยละ 50 สะท้อนความเป็นไปได้ในการใช้ระบบ ฯ ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 2.90 ( $SD = 0.32$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านความเหมาะสมเท่ากับ 3.00 ( $SD = 0.00$ ) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดด้านความประหยัดมีค่าเฉลี่ย 2.80 ( $SD = 0.42$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงความเป็นไปได้ของระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอนาโยง  
จังหวัดตรัง (n = 10)

ระดับความเป็นไปได้	M	SD	การแปลผล
ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติหรือในการปฏิบัติตาม ข้อเสนอแนะ	2.90	0.32	ระดับสูง
ความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ ทำให้เข้าใจได้ตรงกัน	2.90	0.32	ระดับสูง
ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	3.00	0.00	ระดับสูง
ความประหยัด (แนวปฏิบัติจะช่วยให้หน่วยงานสามารถประหยัด และลด ต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลาและงบประมาณ)	2.80	0.42	ระดับสูง
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติ ซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำ ให้ เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	2.90	0.32	ระดับสูง
ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ใน หน่วยงานของท่าน	2.90	0.32	ระดับสูง
<b>ภาพรวม</b>	<b>2.90</b>	<b>0.32</b>	<b>ระดับสูง</b>

ความคิดเห็นต่อการใช้ระบบฯ ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 4.82 ( $SD = 0.39$ ) โดยมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในด้านความพึงพอใจเท่ากับ 4.90 ( $SD = 0.32$ ) และค่าเฉลี่ยต่ำสุดด้านนโยบายและการนำไปใช้จริง มีค่าเฉลี่ย 4.70 ( $SD = 0.48$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงความคิดเห็นต่อการใช้ระบบค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ในเขตพื้นที่ อำเภอนาโยง  
จังหวัดตรัง (n = 10)

ความคิดเห็นต่อการใช้ระบบ	M	SD	การแปลผล
ด้านนโยบายและการนำไปใช้จริง	4.70	0.48	มากที่สุด
ด้านความรู้และความเข้าใจในการใช้งาน	4.83	0.39	มากที่สุด
ด้านความเหมาะสมและความสะดวกในการใช้งาน	4.83	0.39	มากที่สุด
ด้านประโยชน์ต่อหน่วยงานและการลดการฝากครรภ์ล่าช้า	4.80	0.41	มากที่สุด
ด้านความพึงพอใจ	4.90	0.32	มากที่สุด
<b>ภาพรวม</b>	<b>4.82</b>	<b>0.39</b>	<b>มากที่สุด</b>

ระยะที่ 4 การประเมินผลลัพธ์จากการใช้งานระบบจริง (Development 2) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงตั้งครรภ์จำนวน 28 คน ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 85 และมีสถานภาพคู่ร้อยละ 96.43 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.71 มากที่สุด จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 28.57 มากที่สุด และมีรายได้ตั้งแต่ 10,001 - 15,000 บาท ร้อยละ 39.29 ได้รับการประเมินความเสี่ยงร้อยละ 100 หลังจากการใช้ระบบพบว่า คุณภาพการบริการตามระบบฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 4.60 ( $SD = 0.51$ ) ด้านการให้บริการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด

เท่ากับ 4.85 ( $SD = 0.37$ ) และจากการบันทึกอัตราการฝากครรภ์ในพื้นที่ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ครั้งแรกหลังการใช้ระบบ ฯ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 17.09 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ก่อนและหลังการใช้ระบบ ฯ

หน่วยบริการ	ก่อนใช้ระบบ ฯ	หลังใช้ระบบ ฯ	การเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก	70.58	89.47	+ 18.89
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ข	69.23	83.33	+ 14.10
รวม	70.00	87.09	+ 17.09

ที่มา: จากระบบฐานข้อมูล 43 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2567

### อภิปรายผล

ระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์นี้ พัฒนารวมขึ้นมาจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการเข้ารับบริการฝากครรภ์ล่าช้า โดยสำรวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่อำเภอนาโยง จังหวัดตรัง โดยมุ่งเน้นการค้นหาและดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างครอบคลุม เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการฝากครรภ์และการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งระบบนี้ออกแบบจากสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาการฝากครรภ์ล่าช้า มีสาเหตุหลัก 4 ประเด็น ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ (2) ปัจจัยด้านกระบวนการของการรับบริการฝากครรภ์ ได้แก่ ระยะเวลาการเปิดบริการฝากครรภ์ที่ไม่เอื้อต่อการเข้ารับบริการฝากครรภ์ (3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การขาดงานหรือลางานที่ส่งผลกระทบต่อรายได้เพื่อไปฝากครรภ์ และ (4) ปัจจัยทางสังคม เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อมหรือยังไม่ผ่านพิธีแต่งงาน ซึ่งทำให้เกิดการปกปิดการตั้งครรภ์ จากสาเหตุดังกล่าวนำไปสู่การออกแบบและพัฒนาระบบฯ จากการดำเนินการดังกล่าว พบประเด็นสำคัญ ดังนี้ (1) การเพิ่มโอกาสเข้าถึงข้อมูลและบริการตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ พบว่าการจัดกิจกรรมให้ความรู้ แจกชุดตรวจการตั้งครรภ์ และใช้แอปพลิเคชัน LINE ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตรวจสอบสถานะตนเองเบื้องต้นและได้รับคำแนะนำทันที ลดการปกปิดการตั้งครรภ์และเพิ่มโอกาสในการฝากครรภ์ตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิตา วงษ์สุวรรณ, วัชรวิ เรือนคง, และเยาวมาลย์ คำเขียว (2566) ที่สนับสนุนการใช้ช่องทางระบบการติดต่อที่เข้าถึงง่ายและเพิ่มการสนับสนุนในระดับชุมชนเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการอย่างเหมาะสม (2) การเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบบริการฝากครรภ์ โดยการเพิ่มบริการฝากครรภ์นอกเวลาราชการผ่านการนัดหมายล่วงหน้า เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการหญิงตั้งครรภ์ ลดข้อจำกัดด้านเวลา และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤกษ์ดี (2563) พบว่าการปรับปรุงคุณภาพการบริการและการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ (3) การค้นหาเชิงรุกในระดับชุมชน โดยเน้นกระบวนการให้ข้อมูลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการส่งเสริมความรู้ผ่านกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญในการติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้เข้าสู่ระบบการฝากครรภ์ รวมถึงการสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้เกิดเครือข่ายดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้มแข็ง มีความต่อเนื่อง และ

สามารถตอบสนองต่อปัญหาในระดับพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวัชรกร กุชโร (2564) สนับสนุนว่าการค้นหาเชิงรุกและการให้บริการอย่างเสมอภาค ช่วยให้ระบบการฝากครรภ์เกิดประสิทธิภาพ

การทดลองใช้ระบบฯ พบว่า ระบบมีความเป็นไปได้ในการใช้งานในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยภาพรวมเท่ากับ 2.90 ( $SD = 0.32$ ) นอกจากนี้ความคิดเห็นต่อการใช้ระบบฯ พบว่า อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.82 ( $SD = 0.39$ ) ผลการทดลองใช้ระบบฯ สอดคล้องกับผลการศึกษาของระนอง เกตุดาว, ปารีชาติ สาขามุละ และฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง (2564) พบว่า ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ Udonthani Model Classifying Pregnancy 2020 ที่มีความถูกต้องเหมาะสมสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับปรุงระบบก่อนนำไปใช้จริง เน้นการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องและการสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงตามสถานการณ์จริง สอดคล้องกับงานวิจัยของสรวิชัย ใฝ่ชำนาญ (2562) พบว่า การดำเนินงานหลังพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ ได้แก่ การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์

การประเมินผลลัพธ์จากการใช้งานระบบจริง หลังจากใช้ระบบฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยความคุณภาพการบริการตามระบบฯ ในภาพรวมในระดับมากที่สุด เท่ากับ 4.60 ( $SD = 0.51$ ) และจากการบันทึกอัตราการฝากครรภ์ในพื้นที่ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ก่อนและหลังการใช้ระบบฯ เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 17.09 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจารินี คุณทวีพันธุ์, อนุรักษ ธรรมย์ และระวีวัฒน์ นูมานิต (2562) พบว่า แบบคัดกรองที่มีความถูกต้องครบถ้วน ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้ สามารถค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยอย่างเหมาะสม

ระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ในเขตพื้นที่อำเภอหนองบัว จังหวัดตรัง ที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้มีประสิทธิภาพสูง ทั้งในด้านนโยบายและการนำไปใช้จริง ความรู้และความเข้าใจในการใช้งาน ความเหมาะสมและความสะดวกในการใช้งาน ประโยชน์ต่อหน่วยงานและการลดการฝากครรภ์ล่าช้า ระบบนี้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเข้าสู่กระบวนการฝากครรภ์ได้เร็วขึ้น จึงควรนำระบบฉบับนี้ไปใช้ในทุกสถานบริการในเครือข่าย เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดูแลสุขภาพมารดาและทารกอย่างทั่วถึงทั้งนี้ ควรมีการประเมินและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบสามารถตอบสนองต่อบริบทและความต้องการของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

#### 1. เชิงนโยบาย

1.1 ควรมีการกำหนดนโยบายสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ในระดับอำเภอหนองบัวและจังหวัดตรัง โดยใช้ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมสุขภาวะมารดาและทารกอย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 วิเคราะห์ประเมินความคุ้มค่าทางสุขภาพของระบบการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

#### 2. เชิงวิชาการ

2.1 ควรมีการพัฒนากรอบแนวทางการฝึกอบรมสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะทางวิชาชีพในการดำเนินงานคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 จัดทำฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาต่อยอดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแม่และเด็ก

2.3 พัฒนามาตรฐานการดำเนินงานด้านการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ให้เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่

### 3. เชิงปฏิบัติการ

3.1 ควรนำระบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงในพื้นที่อำเภอนาโยงและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกัน

3.2 ควรนำไปใช้เป็นกรอบแนวทาง (Framework) ในการออกแบบกลไกการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อสร้างความต่อเนื่องของระบบบริการ

### เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *คู่มือการดูแลหญิงตั้งครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.

กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)*. สืบค้นจาก

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2565-2567 . (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสตีเนียนรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลสตรีตั้งครรภ์*. สืบค้นจาก

[http://https://www.rtcog.or.th/files/1685345623\\_d8d75aab0a3f9b6bc66a.pdf](http://https://www.rtcog.or.th/files/1685345623_d8d75aab0a3f9b6bc66a.pdf)

จารินี คุณทวีพันธุ์, อนุรักษ์ กระรัมย์, และ ระวีวัฒน์ นุমানิต. (2562). ผลการพัฒนาแบบคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เสี่ยงสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(1), 49-57.

นันทิตา วงษ์สุวรรณ, วชิรี เรือนคง, และ เยาวมาลย์ คำเขียว. (2566). การฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 12 สัปดาห์ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4. *วารสาร Roi Kaensarn Academy*, 8(7), 584-596.

ประภาพรณ พัฒนพนาลัย และสุดดี น้ารินชื่นจิตใส. (2566). *การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ชนเผ่าปกากะญอ ในเขตพื้นที่สถานบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ระเมิง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก. งานประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 27 – 28 มิถุนายน 2566. โรงแรมท็อปแลนด์, อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. สืบค้นจาก

<https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001332-0000001443.docx>

ระนอง เกตุดาว, ปารีชาติ สาขามูละ, และ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง. (2564). การพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงรูปแบบอุดร 7 ชั้นตอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(2), 12-25.

- วัชรกร กุชโร. (2562). การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์ โรงพยาบาลหนองพอก จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสภากาชาดสาธารณสุขชุมชน*, 1(3), 41-51.
- ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . (2566). *เส้นทางฝากครรภ์คุณภาพแนวทางวิถีชีวิตใหม่ 8 ครั้ง*. สืบค้นจาก <http://https://wellnesshospitalhpc7kk.anamai.moph.go.th/th/c-ebook>
- สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย. (2565). *นโยบายการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก [thaiperinatal.com/news](http://thaiperinatal.com/news)
- สรารุณี ใฝ่ชำนาญ. (2562). การพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง จังหวัดเลย. *ชัยภูมิเวชสาร*, 38(3), 17-27.
- สิริกร จันทศรี (2567) *การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์ เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาลประจำศิลาปาคม จังหวัดอุดรธานี*. สืบค้นจาก <https://backoffice.udpho.org/openaccess/control/download.php?id=MjY1>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2567). *ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)*. สืบค้นจาก <https://trg.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2560–2569) ด้านการส่งเสริมการเกิดและการเติบโตอย่างมีคุณภาพ*. สืบค้นจาก <https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03>
- หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤชดี. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่า 12 สัปดาห์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น*, 1(3), 12-25.
- Donabedian A. ( 2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University.
- World Health Organization. (2022). *WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience: Maternal and fetal assessment update: Imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy*. Available from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046009>

## ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

หนึ่งฤทัย ศรีภิรมย์\*

สาโรจน์ เพชรธณี, Ph.D.\*\* และธณกร ปัญญาโสภณ, Ph.D.\*\*\*

### บทคัดย่อ

ในยุคที่โลกเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญของประเทศและมีบทบาทต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 450 คน คำนวณจากกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ซึ่งพื้นที่ในการศึกษา คือ 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ได้จากการสุ่มแบบง่าย ได้แก่ จังหวัดนครนายก พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี สระบุรี และลพบุรี โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามออนไลน์ผ่านระบบ Google Forms ซึ่งเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2566 และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ รวมทั้งสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่า t (T-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวน (F-test) การเปรียบเทียบรายคู่ด้วย LSD (Least Significant Difference) และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.40) อายุระหว่าง 30-44 ปี (ร้อยละ 51.60) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 94.90) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 72.90) ประกอบอาชีพราชการหรือรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 40.40) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 75.30) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 87.60) โดยโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 32.10) และมีรายได้ครอบครัวมากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 63.10) ประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 30 2 ส ในระดับดี (ร้อยละ 85.8) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 13.6) และระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 0.7) โดยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ขณะที่ด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ 30 2 ส อยู่ในระดับดี ทั้งนี้ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p \leq .05$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการ การสื่อสาร การจัดการปัญหา การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเกี่ยวกับ 30 2 ส มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนวัยทำงานสามารถสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพควบคู่กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มวัยทำงาน รวมไปถึงกำหนดแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ในกลุ่มวัยทำงานและขับเคลื่อนนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะด้านความรู้สุขภาพในบุคลากรสาธารณสุขวัยทำงาน เพื่อเป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ วัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 การส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

\* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

\*\* คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

\*\*\* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร Corresponding E-mail: sarodhp@gmail.com

## Exploring the Impact of Health Literacy on New Normal Healthy Behaviors among Working - Age People in Region Health 4 Thailand.

Nuengruthai Srepirom\*

Sarodh Pechmanee, Ph.D.\*\* & Thanakorn Panyasaisopon, Ph.D.\*\*\*

### Abstract

In the context of ongoing global health transitions, health literacy plays a vital role in promoting new normal health behaviors, especially among the working-age population, a key force in national development and the sustainability of the health system. This correlational study aimed to examine the relationship between health literacy and new normal health behaviors among working-age individuals in Health Region 4, Thailand. A total of 450 participants were selected using multi-stage random sampling. Five provinces—Nakhon Nayok, Phra Nakhon Si Ayutthaya, Sing Buri, Saraburi, and Lopburi—were chosen through simple random sampling. Data were collected via an online questionnaire through Google Forms from January to June 2023 and analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation, percentage) and inferential statistics (t-test, F-test, Least Significant Difference, and Pearson's correlation coefficient).

Most participants were female (64.40%), aged 30–44 years (51.60%), Buddhist (94.90%), held a bachelor's degree (72.90%), employed in government/state enterprises (40.40%), married (75.30%), and without chronic diseases (87.60%). Hypertension was the most common chronic condition (32.10%), and 63.10% reported a household income above 15,000 Baht/month. The majority had a good understanding of the 3Es2Ss (85.8%), followed by moderate (13.6%), and low (0.7%). Health service accessibility was rated very high, while communication, problem-solving, media literacy, and decision-making were rated as good. Statistically significant differences in new normal health behaviors were found by gender, religion, education level, and income ( $p \leq .05$ ). All six components of health literacy showed moderate positive correlations with new normal health behaviors ( $p < .05$ ).

These findings suggest that promoting health literacy among working-age individuals can effectively enhance new normal health behaviors. Health organizations should utilize these insights to plan proactive, context-specific health promotion strategies, particularly in advancing workplace health literacy and building sustainable role models among health personnel.

Keywords: Health Literacy New Normal Health Behavior Working-age Population Health Region 4 Public Health Promotion

---

\*Master of Public Health program students, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

\*\* Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

\*\*\* Faculty of Science and Tecnology, Phranakhon Rajaphat University

## บทนำ

การสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและประเทศไทยให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนเพิ่มขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ใช่เพียงความรู้พื้นฐาน แต่เป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจอย่างเหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น (WHO, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีในทุกช่วงวัย (United Nations Development Programme [UNDP], 2022) ประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพบนพื้นฐานของแนวคิดสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยได้บรรจุเป้าหมายด้านความรู้สุขภาพไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ และแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2566–2570) ซึ่งกำหนดให้ “การสร้างเสริมสุขภาพ” และ “การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ” เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการตัดสินใจและดูแลสุขภาพตนเองได้ตลอดชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) และในบริบทของประเทศไทย แนวทาง “สุขภาพดีวิถีใหม่” ได้รับการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องหลังวิกฤตโควิด-19 เพื่อเปลี่ยนผ่านระบบสุขภาพไปสู่ความยั่งยืน โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้สอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ผ่านการสร้างความรู้ด้านสุขภาพที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน เช่น การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ การลดความเครียด และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ (กรมอนามัย, 2565; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) กรมอนามัยในฐานะหน่วยงานหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ดำเนินงานตามแนวทางนี้โดยบูรณาการไว้ในยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นกำลังหลักในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและมีบทบาทสำคัญในการดูแลครอบครัว (กรมอนามัย, 2565) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนี้จึงเป็นรากฐานสำคัญในการลดความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และเพิ่มศักยภาพของประเทศอย่างยั่งยืนในระยะยาว ดังนั้น หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ย่อมสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยลดภาระโรคในระดับประเทศ แต่ยังเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างสังคมที่เข้มแข็ง เต็มไปด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี และนำไปสู่ความสุขของประชาชนโดยรวม

ประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศไทย อยู่ในวัยทำงาน (อายุ 15–59 ปี) จำนวน 41.75 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 63.2 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งเป็นกลุ่มสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและพัฒนาประเทศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) จากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของคนวัยทำงานยังพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเป็นห่วง โดยมีเพียงร้อยละ 27 ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เฉลี่ยเพียง 9 นาทีต่อวัน และมีพฤติกรรมบริโภคน้ำหวานสูง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 45–59 ปี ที่บริโภคมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ถึงร้อยละ 34.84 (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่และดื่มสุรา (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และมะเร็ง สอดคล้องกับข้อมูลความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15–59 ปี) ของประเทศไทยยังคงอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน ซึ่งล้วนเป็นผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และพฤติกรรมเนือยนิ่ง (กรมอนามัย, 2566) ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ HDC ยังระบุอีกว่า ความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายประเภท (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2565) และรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายในช่วงปี พ.ศ. 2557–2564 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 และโรคความดันโลหิตสูงเป็นร้อยละ 24.5 โดยในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ไม่รู้ตัวว่าตนเองป่วย และควบคุมอาการได้ต่ำกว่าร้อยละ 30 (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ, 2562; กรมควบคุมโรค, 2564) ปัจจุบันพบว่า โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 75 ของทั้งหมด หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี (กรมควบคุมโรค, 2565) สถานการณ์นี้สะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริม “สุขภาพดีวิถีใหม่” โดยเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการจัดการสุขภาพจิตในยุคที่ชีวิตมีความเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว (กรมอนามัย, 2565) นโยบายสุขภาพแห่งชาติจึงมุ่งลดปัจจัยเสี่ยงผ่านแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี (2560–2579) ด้วยแนวทาง “P&P Excellence” ที่เน้นการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) การสร้างภูมิคุ้มกันทางกายและใจให้กลุ่มวัยทำงาน คือรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม และพบว่า อัตราการเจ็บป่วยแบบไม่ต่อนอนพักรักษาในสถานพยาบาลของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป อยู่ที่ร้อยละ 28.2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.8 ในปี 2564 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) ซึ่งสะท้อนถึงภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพแรงงานของกลุ่มวัยทำงานในระยะยาว ซึ่งกระทบทั้งสุขภาพของแรงงานและประสิทธิภาพการผลิตของประเทศ (World Health Organization, 2023) อีกทั้งช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อคนวัยทำงาน ทั้งในด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รายได้ และความมั่นคงในการจ้างงาน (Nanthamongkolchai et al., 2022) ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากสถานการณ์นี้สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าความเครียดเพิ่มขึ้นจากความไม่แน่นอนทางรายได้และสุขภาพ (Tuntivivat et al., 2021) ทำให้ประชาชนวัยทำงานมีความต้องการที่จะได้รับการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตและข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้ เพื่อปรับตัวเข้าสู่ “วิถีชีวิตใหม่” ที่เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (พวงประยงค์, 2564) และแนวคิด “สุขภาพดีวิถีใหม่” จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในยุคหลังโควิด-19 โดยเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเพิ่มกิจกรรมทางกาย ลดการบริโภคน้ำตาล และดูแลสุขภาพจิต ซึ่งกรมอนามัยได้กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และลดความเสี่ยงจาก NCDs (กรมอนามัย, 2565) วัยทำงานยังทำหน้าที่เป็นเสาหลักของครอบครัว ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้สูงอายุ หากประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพดีจะช่วยลดภาระโรค เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และส่งผลดีทั้งระดับบุคคลและประเทศ (Sirirassamee & Sirirassamee, 2021;) ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาแนวทางส่งเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มวัยทำงานเป็นหลัก เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนของประเทศ

ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยปรากฏอย่างชัดเจนในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564) ซึ่งมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) แม้ระบบบริการสาธารณสุขที่ผ่านมาเน้นการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่พบว่าเพียงข้อมูลอย่างเดียวไม่เพียงพอ จำเป็นต้องยกระดับ “ความรู้ด้านสุขภาพ” ซึ่งรวมถึงการเข้าใจ วิเคราะห์ ประเมิน และตัดสินใจด้านสุขภาพด้วยตนเอง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ และคณะ (2564) ศึกษาการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและ

ภัยสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุข โครงการการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 45.58 มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ และปัจจัยที่ส่งผลคือ อายุ การศึกษา และการรับรู้บรรยากาศขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแม้แต่ในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญยังมีช่องว่างที่ต้องได้รับการส่งเสริม (Phewchomkaewkulkit et al., 2021) ด้านประชาชนทั่วไป ศรีสุดา บุญขยาย (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4 พบว่ากว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยเฉพาะด้านความเข้าใจและการตัดสินใจ ซึ่งสะท้อนว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต้องดำเนินการควบคู่กับการเสริมทักษะและลดอุปสรรคทางการศึกษาและรายได้ (Boonyakai, 2019) ดังนั้นการส่งเสริม Health Literacy จึงเป็นกลไกสำคัญในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและลดภาระโรคในระยะยาวอย่างยั่งยืน (Sorensen et al., 2021)

เขตสุขภาพที่ 4 (จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนครนายก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี จังหวัดลพบุรี) มีประชากรในกลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ 15 -59 ปี) ร้อยละ 62.84 และจากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนวัยนี้ พบปัญหาโรคติดต่อเรื้อรังและมีแนวโน้มของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูล ปี 2563 – 2564 อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 0.73 , 0.80 และ 0.84) โรคความดันโลหิต (ร้อยละ 13.87, 14.65 และ 15.06) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 6.05 , 6.91 และ 7.24) ตามลำดับ (HDC กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งข้อมูลมีความสอดคล้องกับมิติพฤติกรรมสุขภาพ โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาสำคัญ 4 อย่าง ได้แก่ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งมีสาเหตุมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบด้วย การสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และรายงานประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2551 - 2552, 2557 - 2558 และ 2562 - 2563 พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงมีความสอดคล้องกับแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (รายงานประจำปี 2564 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) ดังนั้นหากไม่ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มประชากรเหล่านี้ แนวโน้มของการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคต่าง ๆ ตามมา ปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมเสี่ยงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพประชาชนของประเทศไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของโรค เปลี่ยนจากโรคติดต่อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์แนวโน้ม การเกิดโรคไม่ติดต่อของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ป่วยจากโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตวายซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์การ สังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ (วิมล โรมา และสายชล คล้อยเอี่ยม, 2562)

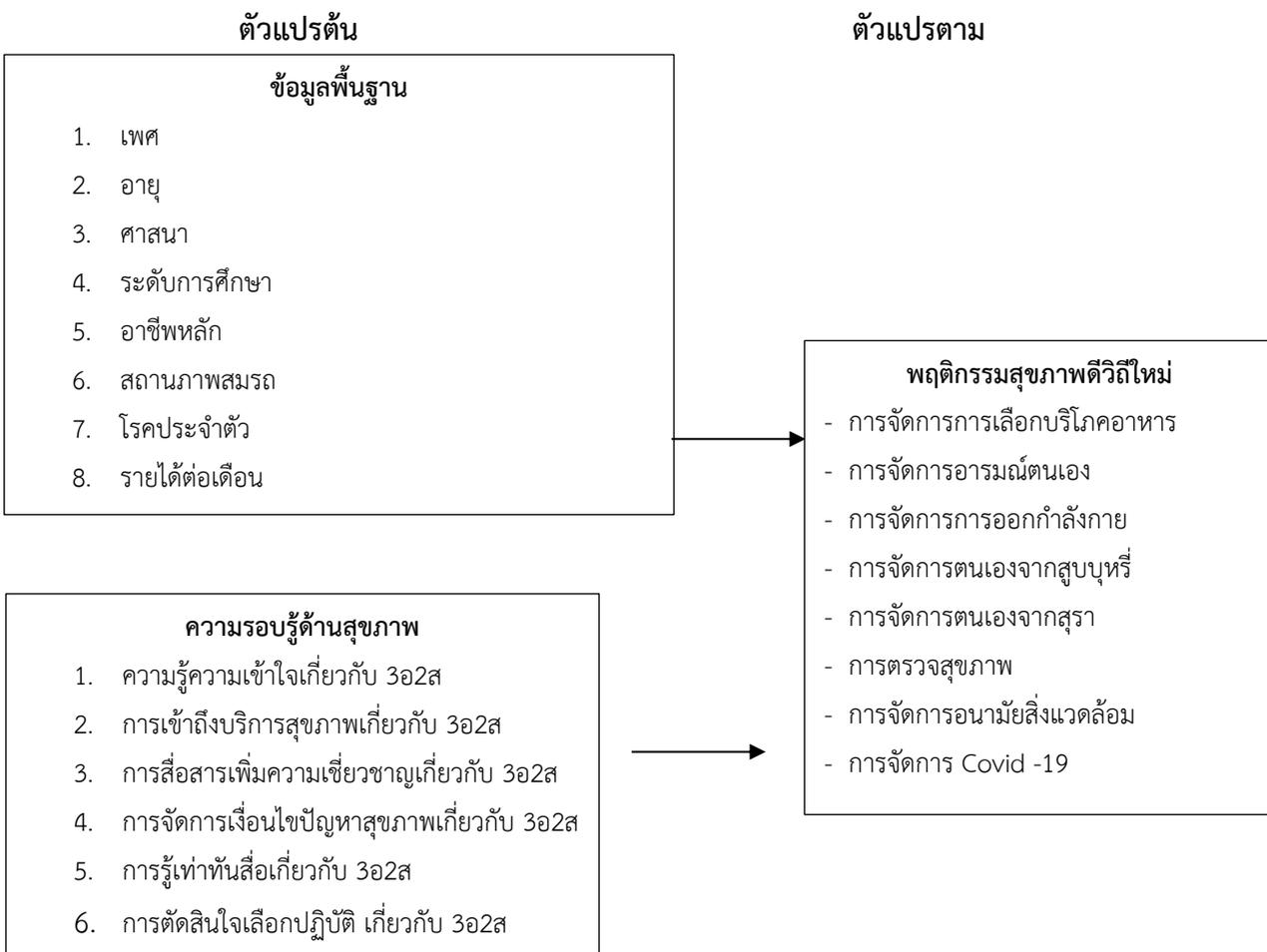
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยเรื่องความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย เพื่อสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุน ออกแบบ และวางแผนกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเหมาะสมในระดับนโยบายและการปฏิบัติงานในพื้นที่ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

### กรอบแนวคิด

ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย ใช้กรอบแนวคิดที่ประยุกต์จากแนวคิดของ (Don Nutbeam, 2000) มีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังรูปภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (Correlation Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปีบริบูรณ์ ที่อาศัยอยู่เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนครนายก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดลพบุรี โดยการเลือกแบบเจาะจง ร้อยละ 60 ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตไว้ ดังนี้

1. ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี และปฏิบัติงานเป็นประจำอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนครนายก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดลพบุรี

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี และปฏิบัติงานเป็นประจำอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนครนายก จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดลพบุรี

3. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แท้จริง ผู้วิจัยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักการของธานินทร์ ศิลป์จารุ (2551) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ( $Z = 1.96$ ) ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ( $e$ ) เท่ากับ 0.05 และใช้ค่าสัดส่วนประชากรที่คาดว่าจะมีลักษณะตามที่ต้องการศึกษา ( $p$ ) เท่ากับ 0.5 ซึ่งให้ค่าความแปรปรวนสูงสุด ส่งผลให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 385 คน อย่างไรก็ตามเพื่อป้องกันปัญหาการขาดหายของข้อมูลจากการไม่ตอบแบบสอบถามหรือการให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 450 คน สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากเพื่อเลือกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ จังหวัดนครนายก พระนครศรีอยุธยา สิงห์บุรี สระบุรี และลพบุรี จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในแต่ละจังหวัด จำนวนจังหวัดละ 90 คน โดยแบ่งเป็นประชาชนวัยทำงานในเขตอำเภอเมืองจังหวัดละ 45 คน และนอกเขตอำเภอเมืองจังหวัดละ 45 คน ได้แก่ อำเภอปากพลี (จังหวัดนครนายก) อำเภอบางปะอิน (จังหวัดพระนครศรีอยุธยา) อำเภอบางระจัน (จังหวัดสิงห์บุรี) อำเภอบ้านหมอ (จังหวัดสระบุรี) และอำเภอสระโบสถ์ (จังหวัดลพบุรี) โดยมี

เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. บุคคลที่มีอายุระหว่าง 15 – 59 ปี ที่ปฏิบัติงานเป็นประจำในเขตอำเภอเมืองและนอกเขตอำเภอเมือง เขตสุขภาพที่ 4 อย่างน้อย 6 เดือน

2. สามารถสื่อสาร พูดคุย และอ่านภาษาไทยได้

3. สามารถตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ได้ (Google form )

เกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. บุคคลที่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน

2. บุคคลต่างด้าว

## เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลัก สถานภาพสมรส โรคประจำตัว รายได้ต่อเดือน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และเติมข้อความ (Open Ended) จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ (Nutbeam, 2000) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย 3อ2ส ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ได้แก่

1. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ2ส จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูกและผิด เกณฑ์การให้คะแนนอ้างอิง (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) การแปลผล 8 – 10 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพระดับดี 5 – 7 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง และ 0 – 4 คะแนน หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพระดับปรับปรุง

2. แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับ 3อ2ส จำนวน 8 ข้อ

แบบสอบถามการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ 3อ2ส จำนวน 8 ข้อ

แบบสอบถามการจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับ 3อ2ส จำนวน 6 ข้อ

แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับ 3อ2ส จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ 3อ2ส จำนวน 7 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ 5 = ทุกครั้ง, 4 = บ่อยครั้ง, 3 = บางครั้ง, 2 = นาน ๆ ครั้ง, และ 1 = ไม่ได้ปฏิบัติ การให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้ (อ้างอิง: บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 5 ถึง 1 ตามลำดับความถี่ของพฤติกรรม ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลำดับกลับกัน ตั้งแต่ 1 ถึง 5 ตามลำดับความถี่ของพฤติกรรม การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.01 - 5.00 อยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 อยู่ในระดับควรปรับปรุง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย 3อ2ส รวมจำนวน 41 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ประกอบด้วย การจัดการการเลือกบริโภคอาหาร การจัดการอารมณ์ตนเอง การจัดการการออกกำลังกาย การจัดการตนเองจากสูบบุหรี่ การจัดการตนเองจากสุรา การตรวจสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการ Covid - 19 ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 5 = เป็นประจำ (7 วันต่อสัปดาห์), 4 = บ่อยครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์), 3 = บางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์), 2 = นานๆครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) และ 0 = ไม่ปฏิบัติ การให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้ (อ้างอิง: บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553) ข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนนจาก 4 ถึง 0 ตามลำดับความถี่ของพฤติกรรม ข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนในลำดับกลับกัน ตั้งแต่ 0 ถึง 4 ตามลำดับความถี่ของพฤติกรรม การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย

3.01 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพพระระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 1.01 – 2.00 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.00 อยู่ในระดับควรปรับปรุง

#### **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือ เพื่อใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ โดยใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงพัฒนาแล้วตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยมีความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนี IOC=0.67 ขึ้นไป และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาระดับความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.958

#### **สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean), ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD.), ค่าร้อยละ (Percentage) และสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ ค่า t-test, ค่า F-test, สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน, ทดสอบหาความแตกต่าง รายคู่ โดยใช้วิธีของ LSD (Least Significant Difference)

#### **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนครราชสีมา ตามเลขที่รับรอง NMCEC-0018/2566 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2567 ทั้งนี้การเก็บข้อมูลดำเนินการผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ซึ่งแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม ความสมัครใจในการเข้าร่วม การไม่เปิดเผยชื่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล สิทธิในการถอนตัว และช่องทางการติดต่อผู้วิจัยอย่างครบถ้วน ก่อนเข้าตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมจะต้องอ่านแบบแสดงความยินยอม (Informed Consent) แบบออนไลน์ โดยมีตัวเลือก “ยินยอม” และ “ไม่ยินยอม” หากผู้เข้าร่วมเลือก “ยินยอม” จึงจะสามารถเข้าสู่แบบสอบถามได้ แต่หากเลือก “ไม่ยินยอม” ระบบจะยุติการทำรายการโดยไม่มีเก็บข้อมูลใดๆ ที่สามารถระบุตัวตนได้ (non-identifiable data) ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมมีอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้มีการระบุค่าชี้แจงอย่างชัดเจนในหน้าแรกของแบบสอบถามว่า จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนการเข้าร่วม โดยให้ผู้ปกครองระบุชื่อและให้การยินยอมผ่านระบบแบบสอบถามก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการตอบคำถาม การดำเนินการทั้งหมดนี้อยู่ภายใต้หลักการของความสมัครใจ ความปลอดภัย และไม่สร้างความเสียหายใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วม โดยผู้วิจัยได้ยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันต้นสังกัดก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย (n=450)

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>1.เพศ</b>		
เพศชาย	140	31.10
เพศหญิง	290	64.40
เพศทางเลือก	20	4.40
<b>2.อายุ</b>		
15 – 29 ปี	156	34.70
30 – 44 ปี	232	51.60
45 – 59 ปี	62	13.70
อายุเฉลี่ย 33 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 59 ปี		
<b>3.ศาสนา</b>		
พุทธ	427	94.90
คริสต์	1	0.20
อิสลาม	18	4.00
ไม่นับถือ	4	0.90
<b>4.ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	3	0.70
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	3	0.70
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	42	9.30
ปริญญาตรี	328	72.90
ปริญญาโท	73	16.20
ปริญญาเอก	1	0.20
<b>5.อาชีพหลัก</b>		
รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	182	40.40
ค้าขาย	35	7.80
เกษตรกร	3	0.70
พนักงานบริษัทเอกชน	116	25.80
อื่นๆ.....ธุรกิจส่วนตัว	92	20.40
ปริญญาตรี	328	72.90

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
<b>6.สถานภาพสมรส</b>		
สมรส	339	75.30
โสด	95	21.10
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	16	3.60
<b>7. โรคประจำตัว</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	394	87.60
โรคเบาหวาน	8	1.80
โรคความดันโลหิตสูง	18	4.00
โรคไขมันในเลือด	10	2.20
โรคภูมิแพ้	11	2.40
โรคภูมิแพ้	11	2.40
โรคไทรอยด์	4	0.90
โรคเลือดจาง	2	0.40
โรคหอบหืด	3	0.70
<b>8.รายได้ต่อเดือน</b>		
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	13	2.90
5,001 – 10,000 บาท/เดือน	70	15.60
10,001-15,000 บาท/เดือน	83	18.40
มากกว่า15,000 บาท/เดือน	284	63.10

กลุ่มตัวอย่างประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.40%) อายุระหว่าง 30–44 ปี (51.60%) นับถือศาสนาพุทธ (94.90%) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (72.90%) อาชีพหลักคือข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (40.40%) สถานภาพสมรส (75.30%) ไม่มีโรคประจำตัว (87.60%) สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (4.00%) รายได้ครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 15,000 บาท (63.10%) ดังตารางที่ 1

**ตอนที่ 2** ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับ 3อ2ส

#### 1.4 ผลการศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ2ส

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ2ส

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ2ส	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	386	85.80
ระดับปานกลาง	61	13.60
ระดับปรับปรุง	3	0.70

คะแนนเฉลี่ย 9.09 คะแนน คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน คะแนนสูงสุด 10 คะแนน

ผลการวิเคราะห์จากข้อมูลแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3๐2ส ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย พบว่า ประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3๐2ส อยู่ในระดับดี 386 คนคิดเป็นร้อยละ 85.8 ระดับปานกลาง 61 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 และระดับปรับปรุง 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

**2.2 – 2.6 ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับ 3๐2ส**  
**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพิ่มความ

เชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับ 3๐2ส

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	ระดับ
การเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับ 3๐2ส	4.02	0.74	ดีมาก
การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ 3๐2ส	3.64	0.91	ดี
การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับ 3๐2ส	3.88	0.82	ดี
การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับ 3๐2ส	4.00	0.76	ดี
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ 3๐2ส	3.68	0.78	ดี

ผลการวิเคราะห์พบว่า ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ 3๐2ส อยู่ในระดับดีถึงดีมาก โดยองค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับ 3๐2ส ( $M = 4.02, SD = 0.74$ ) อยู่ในระดับ ดีมาก รองลงมาคือ การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับ 3๐2ส ( $M = 4.00, SD = 0.76$ ) และการจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพ ( $M = 3.88, SD = 0.82$ ) ซึ่งอยู่ในระดับ ดี เช่นเดียวกับ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ 3๐2ส ( $M = 3.68, SD = 0.78$ ) และ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ ( $M = 3.64, SD = 0.91$ ) ซึ่งอยู่ในระดับ ดี เช่นกัน ดังตารางที่ 3

**ตอนที่ 3** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่เกี่ยวกับ 3๐2ส

พฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่เกี่ยวกับ 3๐2ส	M	SD	ระดับ
การจัดการการเลือกบริโภคอาหาร	2.16	1.05	ดี
การจัดการอารมณ์ตนเอง	2.55	1.00	ดี
การจัดการการออกกำลังกาย	1.83	1.15	ปานกลาง
การจัดการตนเองจากสูบบุหรี่	2.88	1.33	ดี
การจัดการตนเองจากสุรา	1.65	1.20	ปานกลาง
การตรวจสุขภาพ	2.55	1.30	ดี
การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.43	1.22	ดี
การจัดการ Covid -19	2.78	1.19	ดี
รวม	2.35	1.18	ดี

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย พบว่า โดยรวม มีพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่เกี่ยวกับ 3อ2ส อยู่ในระดับ ดี ( $M = 2.35, SD = 1.18$ ) พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การจัดการตนเองจากบุหรี ( $M = 2.88, SD = 1.13$ ) และ การจัดการอารมณ์และจิตใจ ( $M = 2.78, SD = 1.22$ ) ซึ่งอยู่ในระดับ ดี ขณะที่การจัดการการออกกำลังกาย ( $M = 1.83, SD = 1.15$ ) และ การจัดการพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย ( $M = 2.04, SD = 1.21$ ) อยู่ในระดับ ปานกลาง สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างด้านพฤติกรรมสุขภาพในบางมิติที่ยังควรได้รับการส่งเสริม ส่วนในด้านการจัดการ Covid-19 ( $M = 2.23, SD = 1.15$ ) และการจัดการการเลือกบริโภคอาหาร ( $M = 2.16, SD = 1.05$ ) ก็อยู่ในระดับ ดี ซึ่งอาจเป็นผลจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและมาตรการสาธารณสุขในช่วงที่ผ่านมา ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพวิถีใหม่ จำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพหลัก สถานภาพ และ รายได้

ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	ความแปรปรวน	ss	df	Mean Square	F	Sig.
เพศ	Between Groups	3.584	2	1.792	5.625	0.004**
	Within Groups	142.413	447	0.319		
	Total	145.997	449			
อายุ	Between Groups	0.608	3	0.203	0.622	0.601
	Within Groups	145.389	446	0.326		
	Total	145.997	449			
ศาสนา	Between Groups	5.951	2	2.976	9.497	0.000*
	Within Groups	140.046	447	0.313		
	Total	145.997	0.449			
ระดับการศึกษา	Between Groups	3.174	4	0.794	2.472	0.044*
	Within Groups	142.823	445	0.321		
	Total	145.997	449			
อาชีพ	Between Groups	2.598	5	0.520	1.609	0.156
	Within Groups	143.399	444	0.323		
	Total	145.997	449			
สถานภาพ	Between Groups	0.572	2	0.286	0.880	0.416
	Within Groups	145.425	447	0.325		
	Total	145.997	449			
รายได้	Between Groups	2.737	3	0.912	2.840	0.038*
	Within Groups	143.260	446	0.321		
	Total	145.997	449			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย พบว่า ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ (Sig. = 0.004), ศาสนา (Sig. = 0.000), ระดับการศึกษา (Sig. = 0.044) และ รายได้ต่อเดือน (Sig. = 0.038) มีค่า Sig. น้อยกว่าระดับนัยสำคัญ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้แตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในด้านการจัดการสุขภาพตนเองตามแนวทาง 3อ2ส อย่างไรก็ตาม ปัจจัยพื้นฐานอื่น ได้แก่ อายุ อาชีพ และสถานภาพสมรส ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sig. > 0.05) ซึ่งหมายความว่า กลุ่มประชาชนที่มีอายุ อาชีพ และสถานภาพต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 6 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่ จำแนกตามโรคประจำตัว

ปัจจัยข้อมูลพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่	โรคประจำตัว	M	SD	t	df	Sig.
	ไม่มี	2.35	0.58	2.541	448	0.112

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ผลการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ t-test พบว่า กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่เท่ากับ 2.35 (SD = 0.58) ขณะที่กลุ่มที่มีโรคประจำตัวมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 (SD = 0.46) โดยผลการทดสอบค่า t มีค่าเท่ากับ 2.541, df = 448 และค่า Sig. เท่ากับ 0.112 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ที่ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการมีหรือไม่มีโรคประจำตัวไม่ได้ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของปัจจัยข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

	ชาย (M = 2.39)	หญิง (M = 2.35)	เพศทางเลือก (M = 1.94)
ชาย	-	0.515	0.001*
หญิง	-	-	0.002*
เพศทางเลือก	-	-	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของปัจจัยเพศต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบความแตกต่างแบบ Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มประชาชนที่มีเพศทางเลือกมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากกลุ่มเพศชาย (Sig. = 0.001) และกลุ่มเพศหญิง (Sig. = 0.002) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ขณะที่การเปรียบเทียบเพศชายและเพศหญิงไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sig. = 0.515) ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 8** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่

	พุทธ (M = 2.36)	คริสต์ (M = 3.04)	อิสลาม (M = 1.91)
พุทธ	-	0.007*	0.001*
คริสต์	-	-	0.000*
อิสลาม	-	-	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย โดยใช้การทดสอบความแตกต่างแบบ Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มศาสนาพุทธ (M = 2.36) มีพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มศาสนาคริสต์ (M = 3.04, Sig. = 0.007) และกลุ่มศาสนาอิสลาม (M = 1.91, Sig. = 0.001) ขณะที่กลุ่มศาสนาคริสต์และศาสนาอิสลามก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sig. = 0.000) ดังตารางที่ 8

**ตารางที่ 9** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่

	ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า (M = 2.36)	มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า (M = 3.04)	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า (M = 3.04)	ปริญญาตรี (M = 3.04)	สูงกว่า ปริญญาตรี (M = 1.91)
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	-	0.031*	0.618	0.266	0.252
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	-	-	0.014*	0.054	0.065
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	-	-	-	0.034*	0.052
ปริญญาตรี	-	-	-	-	0.822
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของระดับการศึกษา กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย โดยใช้การทดสอบ Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มที่จบมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่แตกต่างจากกลุ่มที่จบประถมหรือต่ำกว่า (Sig. = 0.031) และกลุ่มที่จบอนุปริญญาหรือเทียบเท่า (Sig. = 0.014) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ กลุ่มที่จบอนุปริญญาหรือเทียบเท่า ยัง

แตกต่างจากกลุ่มที่จับปริญญาตรี (Sig. = 0.034) อย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ส่วนกลุ่มอื่น ๆ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 9

**ตารางที่ 10** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและความแตกต่างรายคู่ของรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่

	น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน (M = 2.39)	5,001 – 10,000 บาท/เดือน (M = 2.40)	10,001-15,000 บาท/เดือน (M = 2.18)	มากกว่า15,000 บาท/เดือน (M = 2.38)
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	-	0.936	0.226	0.952
5,001 – 10,000 บาท/เดือน	-	-	0.018*	0.759
10,001-15,000 บาท/เดือน	-	-	-	0.006*
มากกว่า15,000 บาท/เดือน	-	-	-	-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ของรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ 5,001–10,000 บาท/เดือน มีพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่แตกต่างจากกลุ่มที่มีรายได้ 10,001–15,000 บาท/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Sig. = 0.018) เช่นเดียวกับกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือน ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่มีรายได้ 10,001–15,000 บาท/เดือน อย่างมีนัยสำคัญ (Sig. = 0.006) ส่วนกลุ่มรายได้อื่นไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าระดับรายได้บางช่วงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยเฉพาะช่วงรายได้ปานกลางถึงสูง ดังตารางที่ 10

### ตอนที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

**ตารางที่ 11** แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4

ประเทศไทย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่		
	Pearson correlation	Sig (2-tailed)	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ2ส	0.281	0.000**	สัมพันธ์น้อย
การเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับ 3อ2ส	0.500	0.000**	สัมพันธ์ปานกลาง
การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับ 3อ2ส	0.480	0.000**	สัมพันธ์ปานกลาง

**ตารางที่ 11** แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ (ต่อ)

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่		
	Pearson correlation	Sig (2-tailed)	ระดับความสัมพันธ์
การจัดการเงื่อนไขปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับ 3อ2ส	0.477	0.000**	สัมพันธ์ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับ 3อ2ส	0.482	0.000**	สัมพันธ์ปานกลาง
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับ 3อ2ส	0.503	0.000**	สัมพันธ์ปานกลาง

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย พบว่า ทุกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงที่สุดคือ "การตัดสินใจและปฏิบัติตน" ( $r = .503$ ) รองลงมาคือ "การเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ" ( $r = .477$ ) และ "การเข้าใจและวิเคราะห์ข้อมูล" ( $r = .482$ ) ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ขณะที่ "ความรู้ความเข้าใจเบื้องต้น" และ "การสื่อสารสุขภาพ" มีความสัมพันธ์ในระดับน้อย ( $r = .281$  และ  $.280$  ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติจริงและการเข้าถึงข้อมูล มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ในกลุ่มประชาชนวัยทำงาน ดังตารางที่ 11

### อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ รวมถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพเปรียบเทียบความแตกต่างและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 4

จากการศึกษาพบว่า ประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับหลัก 3อ2ส อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 85.8 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนวัยทำงานกลุ่มนี้มีความสามารถในการรับรู้ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิจัยของ กฤตภณ เทพอินทร์ และคุณแสนท์ ขุนแก้ว (2565) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีถึงดีมาก (ร้อยละ 54.80 และ 45.20 ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาของอังศินันท์ อินทรกำแหง (2565) ที่พัฒนาเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย พบว่าคนไทยส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ได้ และงานวิจัยของกิติพงษ์

เรื่อนเพ็ชร และคณะ (2566) ที่ศึกษากลุ่มนิสิตพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย 50.98 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ2ส อยู่ในระดับดีเช่นกัน (ค่าเฉลี่ย 22.15) ปัจจัยที่อาจมีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานตอนต้น (อายุ 30-44 ปี) ซึ่งมักมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากเทคโนโลยีและสื่อดิจิทัล อีกทั้งสามารถประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนนำไปปฏิบัติ จึงส่งผลให้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดี โดยเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจ และการตัดสินใจเลือกพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสุขภาพ ในการศึกษาความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีวิถีใหม่ พบว่า ข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ รายได้ และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p$ -value < 0.01) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการเลือกรูปแบบการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทองสา บุตรงาม และคณะ (2566) ที่ศึกษาพฤติกรรมปรับตัวในชีวิตวิถีใหม่ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัวหลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $P$ -value < 0.05) ผลการศึกษายังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ 3อ2ส การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การจัดการเงื่อนไขด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p$ -value < 0.05) กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีวิถีใหม่ของประชาชนวัยทำงาน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ2ส ของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี พบความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.05) ซึ่งให้เห็นว่าการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนวัยทำงานควรได้รับความสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัจจัยพื้นฐานเสี่ยงต่อพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการปรับตัวเข้าสู่วิถีชีวิตใหม่อย่างมีคุณภาพ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในระยะยาว

จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนมีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Suka et al. (2015) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในประชากรญี่ปุ่น และงานวิจัยของ พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในประชากรไทย นอกจากนี้งานวิจัยล่าสุดในประเทศไทยยังสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การศึกษาของ Chantaranamchoo et al. (2025) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัย และการศึกษาของ Manochaiwuthikul et al. (2025) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันระหว่างนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพและไม่ใช่วิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลพื้นฐานกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีวิถีใหม่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ รายได้ และโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.01) สอดคล้องกับ ทองสา บุตรงาม และคณะ (2566) ที่พบว่าปัจจัยพื้นฐานมีผลต่อการปรับตัวในวิถีชีวิตใหม่หลังการระบาดของโควิด-19 นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ใหม่อย่างมีนัยสำคัญ ( $p$ -value < 0.01) สอดคล้องกับ พัชรินทร์ มณีพงศ์ และคณะ (2564) ที่พบความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๘ ของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี และเช่นเดียวกับของพิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) พบว่ารอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพมีสัมพันธ์กัน คือถ้าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นพฤติกรรมสุขภาพจะดีขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในประชาชนวัยทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะยาว

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการศึกษาไปปฏิบัติ

1.1 หน่วยงานสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย สามารถใช้ข้อมูลนี้เป็นฐานในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพดีตามวิถีใหม่ สำหรับประชาชนวัยทำงานในพื้นที่

1.2 ใช้เป็นข้อมูลนำเข้า เพื่อประกาศเป็นนโยบายขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับเขตสุขภาพมุ่งเน้นประชาชนวัยทำงาน ที่เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขให้มีทักษะการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแกนนำและต้นแบบให้กับประชาชนทั่วไปอย่างยั่งยืน

### 2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลผลการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพดีวิถีใหม่ ของประชาชน วัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4 ประเทศไทย

2.2 ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 4

## เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สืบค้นจาก

<http://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=444>

กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานประจำปีของโรคไม่ติดต่อ ปี 2564*. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก

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

กรมควบคุมโรค. (2565). *รายงานสถิติสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2565*. กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2565). *รายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565*.

กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2566). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ปี 2566*. กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก

<https://www.anamai.moph.go.th>

กฤตภณ เทพอินทร์, & คุณแสนท์ ชุนแก้ว. (2565). ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 15(2), 45–57.

- กิติพงษ์ เรือนเพชร, ชุตินา สุขเกษม, & สายฝน บุญส่ง. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส. ของนิสิตพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 41(1), 33–45.
- ขวัญประชา เขียงไชยสกุลไทย, และคณะ. (2562). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ทองสา บุตรงาม, ภาณุพงศ์ สุขอร่าม, & วาสนา เพชรเกษม. (2566). พฤติกรรมการปรับตัวบนชีวิตวิถีใหม่หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ*, 9(1), 22–33.
- พวงประยงค์, ม. (2564). *การส่งเสริมสุขภาพจิตในสถานการณ์โควิด-19*. สถาบันสุขภาพจิต.
- พัชรินทร์ มณีพงศ์, สุธาสินี สมจิตต์ และสมศรี พูนผล. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2ส ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 35(1), 15–28.
- พิทยา ไพบูลย์ศิริ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 21(3), 110–118.
- ศรีสุดา บุญขยาย. (2562). *การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4. ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี*.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/main>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564)*. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *แผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566–2570*. กรุงเทพฯ: สช.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือแนวทางขับเคลื่อนสุขภาพวิถีใหม่สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2565). *Health Promotion for JorPor Series EP.2: สุขภาพคนทำงานไทย*. <https://www.ohswa.or.th/17675458/health-promotion-for-jorpor-series-ep2>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *รายงานสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชาชน พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก <https://www.nso.go.th>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2565*. <https://www.ipsr.mahidol.ac.th>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). *แผนยุทธศาสตร์การวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2565–2569*.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2565). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 39(2), 74–88.

- Boonyakai, S. (2019). *Factors affecting health literacy among Thai population aged 15 years and over: A case study in health region 4*. Nakhon Pathom: Ministry of Public Health.
- Chantaranamchoo, N., Ruangsuwan, C., & Boonchooduang, S. (2025). Health literacy and health behavior among university personnel in the digital age. *International Journal of Behavioral Science*, 20(1), 45–59. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/IJBS/article/view/274731>
- Manochaiwuthikul, A., Panumas, K., & Tipwaree, T. (2025). *Health literacy and behavioral practices among undergraduate students: A comparative study*. BMC Public Health, 25, Article 21761. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21761-0>
- Nanthamongkolchai, S., Lertcharoenrat, T., & Pudpong, N. (2022). Health consequences of COVID-19 pandemic among informal workers in Thailand. *Journal of Health Research*, 36(5), 875–885.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Phewchomkaewkulkit, P., et al. (2021). Health literacy and factors associated with disease prevention knowledge among Thai public health personnel. *Journal of Public Health Research*, 15(3), 22–34.
- Sirirassamee, T., & Sirirassamee, B. (2021). Health promotion for working-age Thais: A national imperative. *Journal of Health Systems Research*, 15(3), 210–218.
- Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., & Bauer, U. (2021). Health literacy in health systems: Perspectives from six Asian countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6459. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126459>
- Suka, M., Odajima, T., Kasai, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., ... & Sugimori, H. (2015). *Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people*. Patient Education and Counseling, 98(5), 660–668. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.013>

Tuntivat, S., Chaisanit, M., & Chutamas, C. (2021). Mental health and economic uncertainty in Thai workers during the COVID-19 pandemic. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 42(4), 695–703.

United Nations Development Programme. (2022). *Goal 3: Good health and well-being*.  
<https://www.undp.org/sustainable-development-goals>

World Health Organization. (2023a). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: A toolkit*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2023b). *NCDs country profiles 2023*.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240078928>

## อิทธิพลของการเปิดรับสื่อออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร

ฉันทน์ชนก จันทร์เพ็ญ, นศ.ม.\* และวีรพงษ์ พวงเล็ก, ปร.ด.\*

### บทคัดย่อ

การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในวัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะจากอิทธิพลของสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้องหรือเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ (2) การรู้เท่าทันสื่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (4) พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และ (5) ความสามารถในการทำนายพฤติกรรมดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นหญิงอายุ 13-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน เลือกตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสื่อ TikTok มากที่สุด โดยเปิดรับเนื้อหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทุกวัน ครั้งละ 20 นาทีขึ้นไป (2) การรู้เท่าทันสื่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอยู่ในระดับมาก โดยคะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่ด้านการประเมินค่าสื่อ (3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในด้านการตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์ (4) พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอยู่ในระดับมาก โดยกลุ่มตัวอย่างเน้นการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ (5) การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคได้ โดยมีสมการทำนายดังนี้  $Y = 0.316 + 0.484 (\text{ความรอบรู้ด้านสุขภาพ}) + 0.223 (\text{การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์}) + 0.173 (\text{การรู้เท่าทันสื่อ})$  สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 64.3

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ ควรส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ที่วัยรุ่นนิยม เช่น TikTok และบรรจุไว้ในหลักสูตรการศึกษาของวัยรุ่นหญิง เพื่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างถูกต้องและปลอดภัย

คำสำคัญ : การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วัยรุ่นหญิง

\*คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ

Corresponding E-mail: tanchanok.jane@bumail.net

(Received: February 26, 2025; Revised: April 20, 2025; Accepted: April 30, 2025)

## The influence of social media exposure, Media literacy, and Health literacy on the Dietary Supplement Consumption Behavior of Adolescent Girls in Bangkok.

Tanchanok Janepen, M.A.SC\* & Weerapong Ponglek, Ph.D.\*

### Abstract

This study aimed to investigate (1) social media exposure, (2) media literacy regarding dietary supplements, (3) health literacy concerning dietary supplements, (4) dietary supplement consumption behaviors, and (5) the predictive power of these factors on dietary supplement consumption behaviors among adolescent girls in Bangkok. A stratified sampling method was employed to select a sample of 400 adolescent girls aged 13–24 years residing in Bangkok. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression analysis at a significance level of 0.05.

The findings indicated that: (1) participants primarily used TikTok, accessing dietary supplement content daily for more than 20 minutes per session; (2) participants showed a high level of media literacy, with the highest average scores in evaluating media content; (3) health literacy was also high, particularly in verifying product information; (4) dietary supplement consumption behaviors were high, with significant emphasis placed on selecting appropriate products; and (5) social media exposure, media literacy, and health literacy significantly predicted dietary supplement consumption behaviors. The predictive equation derived was  $Y = 0.316 + 0.484 (\text{health literacy}) + 0.223 (\text{social media exposure}) + 0.173 (\text{media literacy})$ , explaining 64.3% of the variance.

The study recommends promoting media literacy and health literacy via popular social media platforms like TikTok and incorporating these literacies into educational curricula to encourage safe and informed dietary supplement consumption among adolescent girls.

Keywords: Social Media Exposure Media Literacy Health Literacy Dietary Supplement Consumption Behaviors Adolescent Girls

---

\*Faculty of Communication Arts, Bangkok University

## บทนำ

ในยุคหลังการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ผู้คนทั่วโลกให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้รับความนิยมและกลายเป็นส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพด้วยความเชื่อว่า “การดูแลสุขภาพดีกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วย” (ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย, 2564) ปัจจุบันนี้ส่งผลให้ตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเติบโตอย่างรวดเร็วทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย โดยประเทศไทยมีอัตราการบริโภคที่เพิ่มสูงถึง 149.3% ตั้งแต่ปี 2562 (PPTV Online, 2565) และประชาชนจำนวนมากมองว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องบริโภคเป็นประจำ วัยรุ่นหญิงในช่วงอายุ 13 – 24 ปี โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับภาพลักษณ์และสุขภาพเป็นอย่างมาก ในขณะที่เดียวกันก็ต้องเผชิญแรงกดดันทางสังคม การศึกษา และการแข่งขันในตลาดแรงงาน (ห้องปฏิบัติการนโยบาย สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคที่เน้นการเสริมรูปลักษณ์หรือพลังงานมากกว่าข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ปัจจุบันเหล่านี้ทำให้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกลายเป็นเครื่องมือที่วัยรุ่นหญิงนิยมใช้เพื่อเสริมภาพลักษณ์ เสริมพลังงาน หรือควบคุมน้ำหนัก แต่หากบริโภคโดยขาดข้อมูลหรือหลงเชื่อคำโฆษณาเกินจริง อาจนำไปสู่ผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น การได้รับสารเกินปริมาณ การใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือได้รับข้อมูลเท็จจากสื่อสังคมออนไลน์

ในช่วงเวลาที่สื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีบทบาทอย่างมากในการส่งเสริมการตลาดของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่นิยมใช้แพลตฟอร์มเช่น TikTok, Instagram และ Facebook ซึ่งเต็มไปด้วยรีวิว ประสบการณ์ส่วนตัว หรือคำแนะนำจากผู้มีอิทธิพล (Influencers) (พิมาย วงศ์ทา, 2567) ที่อาจไม่ผ่านกระบวนการกลั่นกรองข้อมูลอย่างถูกต้อง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของ “การรู้เท่าทันสื่อ” (Media Literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการวิเคราะห์ ประเมิน และตั้งคำถามต่อเนื้อหาที่บริโภค รวมถึงการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มักมีการโฆษณาเกินจริง (พัชราภา เอื้ออมรวิช, 2563)

นอกจากนี้ “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงและประเมินข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในยุคดิจิทัลที่มีข้อมูลสุขภาพจำนวนมากเผยแพร่ผ่านช่องทางออนไลน์ กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานผลสำรวจในปี 2565 ว่าประชากรไทยยังมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ เช่น การเข้าถึงและประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านสุขภาพ (ศิริพร จริยาจิรวัดนา, ภัทรพร บุตรดี และพรวิมล นภาศัย, 2565)

ผู้บริโภควัยรุ่นหญิงจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยขาดความรู้ความเข้าใจและทักษะในการประเมินข้อมูล ดังนั้น การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยให้ผู้บริโภควัยรุ่นหญิงสามารถวิเคราะห์ข้อมูลจากสื่อได้อย่างมีวิจารณญาณ และตัดสินใจบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย หากขาดทักษะเหล่านี้ วัยรุ่นหญิงอาจตกเป็นเหยื่อของโฆษณาเกินจริงหรือข้อมูลบิดเบือน และมีโอกาสบริโภคผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในระยะยาวได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีงานวิจัยใดที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรู้ด้านสุขภาพ ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในกลุ่มวัยรุ่นหญิงโดยตรง งานวิจัยที่มีอยู่ส่วนใหญ่มุ่งศึกษาเฉพาะตัวแปรใดตัวแปรหนึ่ง หรือใช้กลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างออกไป เช่น ผู้ใหญ่หรือผู้บริโภคทั่วไป อาทิ งานวิจัยเรื่อง “การเปิดรับสื่อ ทักษะคิด และเจตนาเชิงพฤติกรรมของผู้บริโภคที่มีต่อ

ผลิตภัณฑ์น้ำดื่มบรรจุขวดในประเทศไทย” โดย วุฒิพงษ์ ฐิติรักษ์ (2558) รวมถึงงานวิจัยเรื่อง “การเปิดรับสื่อโฆษณาบนสื่อสังคมออนไลน์และการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าเครื่องสำอางของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร” โดย ศิริพัชร บุญพิมพ์ (2563) และงานวิจัยเรื่อง “ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องของประชาชนในเขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร” โดย ศิวราจา เจริญกุล และชิตชนก เรือนก้อน (2564) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาประเด็นนี้อย่างเป็นระบบและครอบคลุม เพื่อให้เข้าใจภาพรวมของพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในกลุ่มวัยรุ่นหญิงได้อย่างลึกซึ้งและรอบด้าน

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาหัวข้อ “อิทธิพลของการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร” โดยหวังว่าผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ด้านการสื่อสารสุขภาพ การส่งเสริมทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ และการพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคที่ปลอดภัยในกลุ่มวัยรุ่นหญิงได้อย่างเป็นรูปธรรม

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

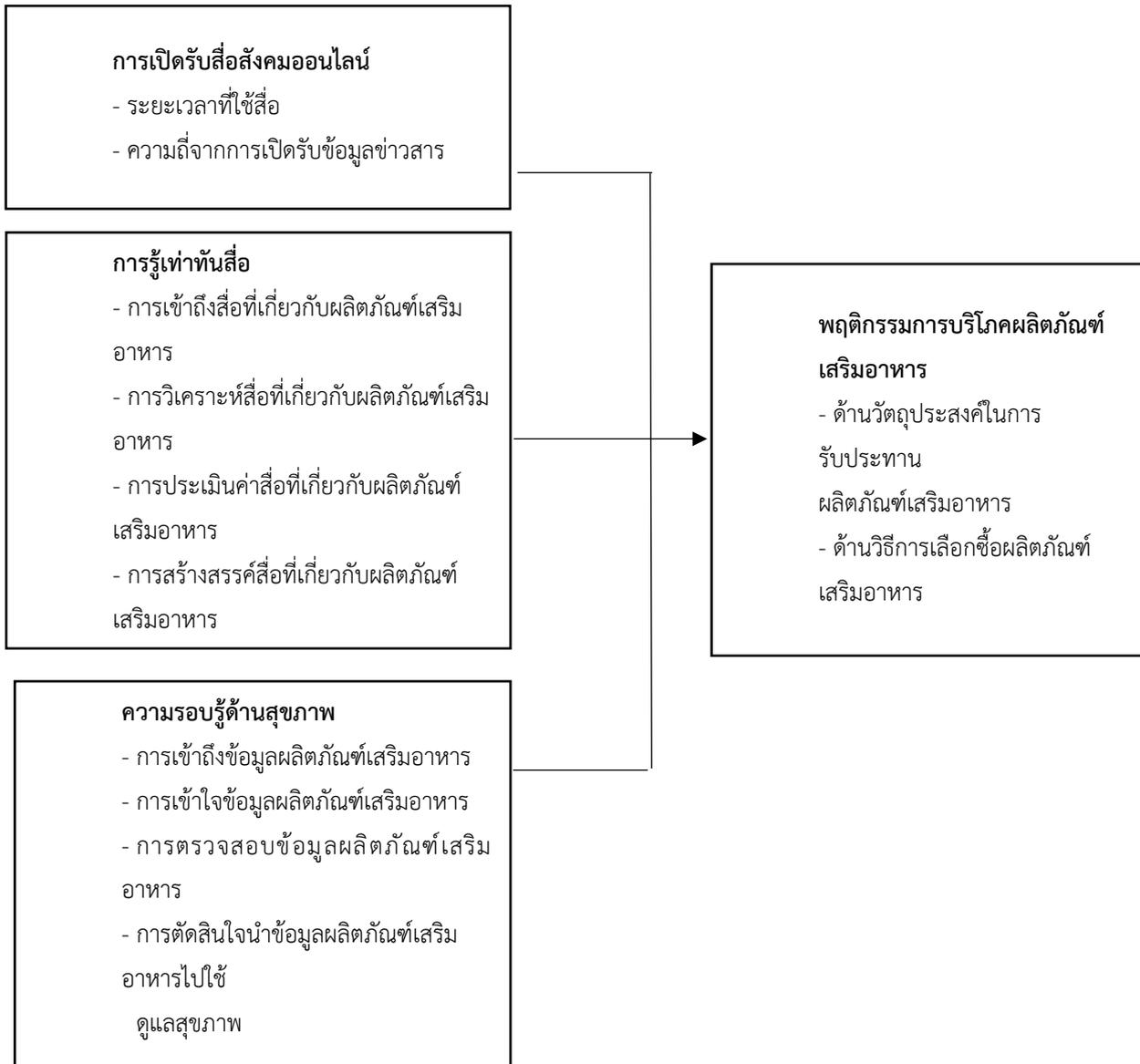
1. เพื่อศึกษาระดับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาระดับการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร
4. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร
5. เพื่อศึกษาความสามารถของการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร

#### สมมติฐานการวิจัย

การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานครได้

#### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดจาก McLeod & O'Keefe (1972), UNESCO (2010), Sorensen et al. (2013) และ Kotler & Keller (2016) มาสังเคราะห์เพื่อสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยกำหนดให้ตัวแปรอิสระได้แก่ การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ตัวอย่างเป็นผู้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-administered Questionnaire) ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัยในช่วงวันที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 10 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในงานวิจัยคือ วัยรุ่นหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 13 – 24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร จากรายงาน ของ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ในเดือน มีนาคม ปี 2567 โดยประชากรมีจำนวนทั้งหมด 351,242 คน (กรมการปกครอง, 2567)

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power ซึ่งเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปที่ใช้ คำนวณขนาดตัวอย่าง (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ซึ่งงานวิจัยเรื่องนี้ใช้การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) โดยประมาณค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) ในระดับกลาง (Cohen, 1988) และกำหนดค่าต่าง ๆ เพื่อใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้ Input Effect Size  $f^2 = 0.15$   $\alpha$  err prob = 0.05 Power  $(1 - \beta$  err prob) = 0.95 Number of Predictors = 3 Output Total Sample Size = 119 ดังนั้นตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณตัวอย่าง ที่เหมาะสมได้จำนวน 119 คน คน แต่ทั้งนี้เพื่อให้งานวิจัยมีความแม่นยำและเป็นตัวแทนของประชากรได้ดียิ่งขึ้น จึงได้ กำหนดขนาดตัวอย่างของ ทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1967) โดยใช้ความเชื่อมั่นที่ 95% และความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 ได้ ขนาดตัวอย่างจำนวน 400 คน

## วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจึงเลือกตัวอย่างแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) เพื่อให้มีอำนาจในการอ้างอิง (Generalization) ไปยังประชากร โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิ ตามเขตการปกครองของกรุงเทพมหานครทั้ง 50 เขต ออกเป็น 3 กลุ่ม เขตใหญ่ ตามหลักเกณฑ์การแบ่งของกรมการ ปกครองในสังกัดกระทรวงมหาดไทย ได้แก่ กลุ่มเขตเมือง กลุ่มเขตต่อเมือง และกลุ่มเขตชานเมือง โดยวิธีการสุ่มแบบ สัดส่วน

## วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) ในรูปแบบ Google Form ซึ่งมีคำถามคัดกรอง เพื่อให้ แน่ใจว่าผู้ตอบแบบสอบถามคือประชากรของงานวิจัยนี้ และนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ทางสถิติ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามส่วนคัดกรอง มี 3 ข้อ ได้แก่ เพศ ที่อยู่อาศัย และ เขตที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแยกเป็น ประเด็นคำถาม ดังนี้

3.1 ด้านระยะเวลาที่ใช้สื่อใน 1 สัปดาห์ โดยกำหนดเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งกำหนดลักษณะเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 4 หมายถึง เปิดรับชมเป็นประจำทุกวัน ระดับ 3 หมายถึง เปิดรับชม 5 – 6 วันต่อสัปดาห์ ระดับ 2 หมายถึงเปิดรับชม 3 – 4 วันต่อสัปดาห์ ระดับ 1 หมายถึง เปิดรับชม 1 - 2 วันต่อสัปดาห์

3.2 ด้านระยะเวลาที่ใช้สื่อในแต่ละครั้ง โดยกำหนดเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ แบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งกำหนดลักษณะเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 4 หมายถึง เปิดรับชม 20 นาทีขึ้นไป ระดับ 3 หมายถึง เปิดรับชม 14 – 20 นาที ระดับ 2 หมายถึง เปิดรับชม 7 – 13 นาที ระดับ 1 หมายถึงเปิดรับชมน้อยกว่า 7 นาที

3.3 ด้านความถี่จากการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร โดยกำหนดเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ดังนี้ ระดับ 4 หมายถึง เปิดรับชมเป็นประจำทุกวัน ระดับ 3 หมายถึง เปิดรับชม 5 – 6 วันต่อสัปดาห์ ระดับ 2 หมายถึง เปิดรับชม 3 – 4 วันต่อสัปดาห์ ระดับ 1 หมายถึง เปิดรับชม 1 - 2 วันต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงสื่อที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 2) การวิเคราะห์สื่อที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 3) การประเมินค่าสื่อที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 4) การสร้างสรรค์สื่อที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยกำหนดเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งกำหนดลักษณะเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 4 หมายถึง มากที่สุด ระดับ 3 หมายถึง มาก ระดับ 2 หมายถึง น้อย ระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 2) การเข้าใจข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 3) การตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 4) การตัดสินใจนำข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไปใช้ดูแลสุขภาพ โดยกำหนดเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ซึ่งกำหนดลักษณะเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 4 หมายถึงมากที่สุด ระดับ 3 หมายถึงมาก ระดับ 2 หมายถึงน้อย ระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) วัตถุประสงค์ในการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร 2) วิธีการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยกำหนดเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) กำหนดลักษณะเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 4 หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 75 – 100% ระดับ 3 หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 51 – 75% ระดับ 2 หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 26 – 50% ระดับ 1 หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 0 – 25%

#### การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือแบบสอบถามก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ภาษา และเทคนิคการสร้างแบบสอบถาม พร้อมทั้งประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องตามเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ค่าดัชนี IOC (Item Objective Congruence) ตามแนวทางของ Rovinelli และ Hambleton (1976) ซึ่งกำหนดว่าแบบสอบถามแต่ละข้อควรมีค่า IOC ไม่น้อยกว่า 0.50 โดยผลการประเมินพบว่าแบบสอบถามทุกข้อมีค่าดัชนีมากกว่า 0.5 จากนั้นจึงดำเนินการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เพื่อยืนยันคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้วิธีการคำนวณค่าความเชื่อมั่นด้วย

สูตรของ Cronbach (1970) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามทุกส่วนมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟามากกว่า 0.70 แสดงถึงความน่าเชื่อถือของเครื่องมือในระดับที่ยอมรับได้ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในส่วนค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) เป็นสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อแสดงภาพรวมสำหรับความคิดเห็นที่มีต่อแต่ละคำถาม และระดับความคิดเห็นรวมของทุกคำถามในแต่ละด้าน เป็นสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และอธิบายข้อมูลทางด้าน 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ 3) การรู้เท่าทันสื่อ 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5) พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

การวิเคราะห์สมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) สำหรับการทดสอบสมมติฐาน โดยมีตัวแปรอิสระหรือตัวแปรทำนาย จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ 1) การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ 2) การรู้เท่าทันสื่อ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตต่อเมืองจำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50 มีช่วงอายุระหว่าง 16 – 18 ปี มากที่สุด จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 47.75 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 35.75 มากกว่า 3 ใน 4 ของตัวอย่างเป็นนักเรียน/นักศึกษา จำนวน 358 คน คิดเป็นร้อยละ 89.50 และ เกือบ 3 ใน 4 เป็นผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 9,000 บาท จำนวน 297 คน คิดเป็นร้อยละ 74.25

### ส่วนที่ 2 ระดับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ด้านระยะเวลาการเปิดรับสื่อใน 1 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ ใน 1 สัปดาห์ ภาพรวมอยู่ในระดับการเปิดรับชมเป็นประจำทุกวัน มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 2.82 โดยเปิดรับสื่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผ่านสื่อ Tik-Tok มากที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับการเปิดรับชมเป็นประจำทุกวัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 ส่วนการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผ่านสื่อ Instagram และ Facebook อยู่ในระดับการเปิดรับชม 5-6 วันต่อสัปดาห์ที่เหมือนกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 และ 2.96 ตามลำดับ และการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผ่านสื่อ X และ Line official อยู่ในระดับการเปิดรับชม 3-4 วันต่อสัปดาห์ที่เหมือนกัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 และ 2.28 ตามลำดับ

2. ด้านความถี่ในการเปิดรับสื่อในแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ในแต่ละครั้ง ภาพรวมอยู่ในระดับการเปิดรับชม 20 นาทีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.69 โดยเปิดรับสื่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผ่านสื่อ Tik-Tok มากที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับการเปิดรับชม 20 นาทีขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.32 ส่วนการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผ่านสื่อ Instagram และ Facebook อยู่ในระดับการเปิดรับชม 14 – 20 นาที ที่เหมือนกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 และ 2.97 ตามลำดับ และการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผ่านสื่อ X และ Line Official อยู่ในระดับการเปิดรับชม 7 – 13 นาที ที่เหมือนกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 และ 2.13 ตามลำดับ

3. ด้านระยะเวลาการเปิดรับสื่อในแต่ละรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์โดยรวมอยู่ที่ 5-6 วันต่อสัปดาห์ โดยสื่อ TikTok มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.17 รองลงมาคือ Instagram มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 Facebook มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.81 X มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.32 และ Line Official มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19 ตามลำดับ สำหรับ TikTok ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มที่ได้รับความนิยมสูงสุด พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเปิดรับสื่อรูปแบบวิดีโอเป็นประจำทุกวัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.43 ขณะที่สื่อรูปภาพและวีวข้อความมีการเปิดรับในระดับ 5-6 วันต่อสัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.13 และ 2.96 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านระยะเวลาการเปิดรับสื่อใน 1 สัปดาห์ ด้านระยะเวลาการเปิดรับสื่อในแต่ละครั้ง และด้านความถี่ในการเปิดรับสื่อ

สื่อออนไลน์	ด้านระยะเวลาการเปิดรับสื่อใน 1 สัปดาห์		ด้านระยะเวลาการเปิดรับสื่อในแต่ละครั้ง		ด้านความถี่ในการเปิดรับสื่อ	
	M	SD	M	SD	M	SD
Facebook	2.96	1.014	2.97	1.083	2.81	0.853
Line official	2.28	1.066	2.13	1.076	2.19	1.010
X	2.29	1.067	2.18	1.087	2.32	1.032
Instagram	3.13	0.989	3.00	1.012	2.97	0.935
Tik-Tok	3.46	0.852	3.32	0.928	3.17	0.849
<b>ภาพรวม</b>	<b>2.82</b>	<b>0.730</b>	<b>2.69</b>	<b>0.774</b>	<b>2.69</b>	<b>0.735</b>

**ส่วนที่ 3** ระดับการรู้เท่าทันสื่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการรู้เท่าทันสื่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.574 โดยพิจารณาในแต่ละข้อคำถามแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่า เมื่อต้องการทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะหาข้อมูลทางสื่อออนไลน์ เช่น Facebook, Line official, X, Instagram หรือ Tik-Tok ค่าเฉลี่ยในข้อนี้เท่ากับ 3.24 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.799 ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านจะโพสต์ข้อความหรือรูปภาพแนะนำผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหลังจากที่ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาแล้ว ค่าเฉลี่ยในข้อนี้เท่ากับ 2.77 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.034 ซึ่งอยู่ในระดับความคิดเห็นที่เหมือนกันคือระดับมาก ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวนค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรู้เท่าทันสื่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร

การรู้เท่าทันสื่อ	M	SD	แปลความหมาย
ด้านการเข้าถึงสื่อที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	3.11	0.646	มาก
ด้านการวิเคราะห์สื่อที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	3.16	0.660	มาก
ด้านการประเมินค่าสื่อที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	3.18	0.658	มาก
ด้านการสร้างสรรค์สื่อที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	2.99	0.702	มาก
<b>ภาพรวม</b>	<b>3.11</b>	<b>0.574</b>	<b>มาก</b>

**ส่วนที่ 4 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร**  
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.604 โดยพิจารณาในแต่ละข้อคำถามแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าเมื่อกังวลใจเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จะค้นหาข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหารตัวนั้น เพื่อลดความกังวลใจ ค่าเฉลี่ยในข้อนี้เท่ากับ 3.27 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.704 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถทำความเข้าใจในคำอธิบายบนฉลากผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น วิธีกิน วิธีใช้ วันหมดอายุ สรรพคุณ คำเตือนได้ ค่าเฉลี่ยในข้อนี้เท่ากับ 3.27 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.768 ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ท่านสามารถค้นหาข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ปลอดภัยมีประโยชน์ต่อสุขภาพได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาใครค่าเฉลี่ยในข้อนี้เท่ากับ 3.04 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.838 ซึ่งอยู่ในระดับความคิดเห็นที่เหมือนกันคือระดับมาก ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	M	SD	แปลความหมาย
ด้านการเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	3.15	0.643	มาก
ด้านการเข้าใจข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	3.20	0.635	มาก
ด้านการตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	3.21	0.677	มาก
ด้านการตัดสินใจนำข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไปใช้ดูแลสุขภาพ	3.14	0.669	มาก
ภาพรวม	3.17	0.604	มาก

**ส่วนที่ 5 ระดับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.563 โดยพิจารณาในแต่ละข้อคำถามแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีเครื่องหมาย อย. เพื่อความปลอดภัยในการบริโภค ค่าเฉลี่ยในข้อนี้เท่ากับ 3.37 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.790 ส่วนข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ หากท่านรู้สึกร่างกายอ่อนเพลีย ท่านจะรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ค่าเฉลี่ยในข้อนี้เท่ากับ 2.54 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.018 ซึ่งอยู่ในระดับพฤติกรรมที่เหมือนกันคือระดับมาก ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	M	SD	แปลความหมาย
ด้านวัตถุประสงค์ในการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	2.71	0.744	มาก
ด้านวิธีการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	3.28	0.627	มากที่สุด
ภาพรวม	3.00	0.563	มาก

ส่วนที่ 6 การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร ตัวแปรที่นำมาพิจารณาในรูปแบบสมการถดถอยพหุคูณเชิงเส้นตรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สัมพันธ์อยู่ที่ 0.802 และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้ร้อยละ 64.3 โดยการเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานครได้โดยเขียนสมการได้ดังนี้  $Y$  (พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร) = 0.316 + 0.484 (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) + 0.223 (การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์) + 0.173 (การรู้เท่าทันสื่อ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์เชิงถดถอยพหุคูณเพื่อทำนายพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	R	R Square	Adjusted R Square	สัมประสิทธิ์ถดถอย		t
				B	Beta	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.738	.545	.544	.484	.519	9.403
การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์	.797	.635	.633	.223	.277	8.411
การรู้เท่าทันสื่อ	.802	.643	.641	.173	.176	3.038
Constant				.316		3.097

อภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังต่อไปนี้

1) วัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีการใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นประจำทุกวัน โดยเฉพาะสื่อ Tik-Tok ซึ่งได้รับความนิยมมากที่สุด ทั้งในแง่ของระยะเวลาและความถี่ในการเปิดรับสื่อ โดยรูปแบบคลิปวิดีโอมีการเปิดรับมากที่สุด นอกจากนี้ สื่อ Instagram และ Facebook ก็มีการเปิดรับในระดับสูง รองลงมาจาก Tik-Tok ขณะที่สื่อ X และ LINE Official ถูกเปิดรับในระดับที่น้อยกว่า โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 3-4 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ฐิติพงศ์ จิตตรากุล, ต่อตระกูล อุบลวัตร และ พิเชษฐ ทิมพ์เจริญ (2565) ที่พบว่า ผู้ใช้บริการแอปพลิเคชัน Tik-Tok ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีพฤติกรรมเปิดรับสื่อ Tik-Tok เพื่อความบันเทิงและคลายเครียด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า เจนเนอเรชันซี (Gen Z) นิยมดูคลิปวิดีโอมากกว่าเนื่องจากรูปแบบสื่อที่มีการเคลื่อนไหวและเนื้อหาสั้น ๆ สามารถดึงดูดความสนใจได้ดี โดยเฉพาะ Tik-Tok ที่มีความโดดเด่นด้านการเสนอเนื้อหาสั้น กระชับ และสนุกสนาน อีกทั้งยังเข้าถึงได้ง่ายจากอุปกรณ์มือถือและมีระบบที่ช่วยคัดเลือกเนื้อหาที่ตรงกับความสนใจของผู้ใช้งาน ทำให้ได้รับความนิยมสูงในหมู่วัยรุ่น

2) การรู้เท่าทันสื่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานครผล กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับ “การประเมินค่าสื่อ” มากที่สุด รองลงมาคือ “การวิเคราะห์สื่อที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร” ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนว่า วัยรุ่นหญิงมีความระมัดระวังในการไตร่ตรองผลกระทบต่อสุขภาพก่อนเชื่อในเนื้อหาโฆษณา โดยจะพิจารณาความน่าเชื่อถือและคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับจากสื่อสังคมออนไลน์ก่อนตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ อย่างไรก็ตาม “การสร้างสรรค์สื่อ” ยังคงเป็นองค์ประกอบที่ได้คะแนนต่ำที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่กล้านำเสนอความคิดเห็นผ่าน

โซเซียลมีเดียแนะนำผลิตภัณฑ์ แม้จะมีการตรวจสอบข้อมูลแล้วก็ตาม ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจเกิดจากอิทธิพลของ “ผู้นำความคิดเห็น” (Opinion Leaders) หรือบุคคลต้นแบบในกลุ่มสังคม เช่น กลุ่มเพื่อน ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการชี้นำพฤติกรรมผู้บริโภค โดยเฉพาะเมื่อเพื่อนในวัยเดียวกันใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแล้วได้ผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ ส่งผลให้เกิดการทำตามโดยขาดการไตร่ตรองข้อมูลอย่างรอบด้าน ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Dewanto และ Belgiawan (2020) ที่พบว่า กลุ่มอ้างอิง เช่น ครอบครัว คู่ครอง และโดยเฉพาะเพื่อนในช่วงวัยเดียวกัน มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมผู้บริโภค ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าแม้วัยรุ่นหญิงจะสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ แต่การแสดงออกหรือการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์บางครั้งยังคงได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลต้นแบบในสื่อสังคมออนไลน์มากกว่า การประเมินข้อมูลด้วยตนเอง

3) วัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานครมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในระดับมาก โดยเฉพาะด้าน “การตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร” ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ “การเข้าใจข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร” สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นหญิงมีความรอบคอบและตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยมีแนวโน้มที่จะค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อเกิดความไม่มั่นใจในความปลอดภัยหรือประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ พฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิด “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Nutbeam, 2000) นอกจากนี้ ยังอาจอธิบายได้ด้วยแนวคิดลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow, 1943) ที่ชี้ว่าความต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม โดยเฉพาะในมิติของรูปลักษณ์และสุขภาพ เป็นแรงจูงใจสำคัญที่ส่งผลให้เพศหญิงใส่ใจต่อการดูแลตนเอง และแสวงหาข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ เช่น ทีวีผู้ใช้จริง หรือประสบการณ์จากกลุ่มคนรอบตัว เพื่อประกอบการตัดสินใจในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างปลอดภัย

4) วัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้าน “วิธีการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์” ซึ่งได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีเครื่องหมายรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) โดยมองว่าเป็นหลักประกันความปลอดภัยในการบริโภค สะท้อนถึงความตระหนักของวัยรุ่นหญิงต่อมาตรฐานของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรียาณัฐ เสริมศิลป์ และวิมลพรรณ อาภาเวท (2561) ที่พบว่า ผู้บริโภคให้ความสำคัญกับการโฆษณาที่ชัดเจน และการมีสัญลักษณ์รับรองมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารโดยเฉพาะกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับรูปร่างและความงาม นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า “วัตถุประสงค์ในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร” ที่ได้รับค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การเลือกบริโภคเพื่อให้ผิวขาวและสดใส ซึ่งสะท้อนถึงค่านิยมด้านความงามที่ยังคงฝังรากลึกในสังคมไทย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหญิงที่มักเชื่อมโยงผิวขาวกับความงาม ความมั่นใจ และการยอมรับจากสังคม แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความงามเชิงอุดมคติของเพศหญิง ที่ให้ความสำคัญกับ “รูปลักษณ์ภายนอก” โดยมีผิวพรรณที่ขาวใสเป็นองค์ประกอบหลักของความงามในมุมมองทางสังคม (วชิรวิทย์ พัดทอง, 2564) ส่งผลให้วัยรุ่นหญิงแสวงหาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่สามารถตอบโจทย์ด้านรูปลักษณ์เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานความงามที่ได้รับการยอมรับในบริบททางวัฒนธรรมไทย

5) ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ตัว ได้แก่ การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์ การรู้เท่าทันสื่อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของวัยรุ่นหญิงในเขตกรุงเทพมหานครได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการบริโภคได้ถึงร้อยละ 64.3 ในจำนวนนี้ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด มีค่าเบต้า .484 สะท้อนว่าวัยรุ่นหญิงที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ มีแนวโน้มที่จะเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างระมัดระวัง และคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง และพิชชาดา ประสิทธิโชค (2564) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคในกลุ่มวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญ ตัวแปรถัดมา คือ “การเปิดรับสื่อสังคมออนไลน์” มีค่าเบต้า .223 ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคผ่านการนำเสนอข้อมูลที่ที่น่าสนใจ เข้าถึงง่าย และรวดเร็ว โดยเฉพาะสื่อประเภทคลิปวิดีโอสั้นบนแพลตฟอร์มอย่าง TikTok ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และตัดสินใจบริโภคของวัยรุ่น (มธยา ธาณี 2564) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตนาภรณ์ ธนาคุณ (2564) ที่พบว่า ผู้บริโภคในประเทศไทยให้ความสำคัญกับการใช้งาน TikTok ที่มีรูปแบบที่โดดเด่น สามารถใช้งานได้ง่าย และสนุกสนานในการเข้าใช้งานจึงช่วยให้ซื้อสินค้าผ่านช่องทางนี้ได้ง่ายสะดวกทำให้เกิดเป็นแอปพลิเคชันที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ส่วน “การรู้เท่าทันสื่อ” แม้ว่าจะมีอิทธิพลน้อยที่สุด โดยมีค่าเบต้าอยู่ที่ .173 แต่ก็มีความสำคัญในเชิงป้องกัน โดยเฉพาะในด้านการประเมินค่าสื่อและการไตร่ตรองผลกระทบต่อสุขภาพก่อนตัดสินใจบริโภค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญญา บุญอิน และหทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล (2566) ที่ชื่อว่า “การสร้างสรรคสื่อ” เป็นทักษะที่วัยรุ่นยังมีระดับต่ำที่สุด แม้จะสามารถวิเคราะห์และประเมินข้อมูลได้บ้างแต่ยังมีความลังเลในการแสดงออก และมีแนวโน้มที่จะเชื่อตามกระแสสังคมเพื่อให้ได้รับการยอมรับ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Maslow (1943) ที่กล่าวถึงความต้องการด้านการยอมรับ โดยเฉพาะในเรื่องความงามและรูปร่างที่ดี ซึ่งเป็นค่านิยมที่ฝังรากลึกในสังคมไทย การแสวงหาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อให้ได้รู้ปลั๊กซ์ตามมาตรฐานความงามที่สังคมยอมรับ ยังคงมีบทบาทสำคัญในหมู่วัยรุ่นหญิง (วชิรวิทย์ พัดทอง, 2564) ดังนั้น แม้วัยรุ่นหญิงจะมีความสามารถในการรู้เท่าทันสื่อ แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีความลังเลในการแสดงความคิดเห็นหรือการนำเสนอเนื้อหาผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ผลการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Kotler และ Keller (2016) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมผู้บริโภคได้รับอิทธิพลจากปัจจัยกระตุ้นสำคัญ เช่น ข้อมูลข่าวสาร ทศนคติ และความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปาจริย์ ผลประเสริฐ, กรรณิกา อุตสาสาร และวิทเอก สว่างจิตร์ (2565) ที่พบว่า ทักษะในการวิเคราะห์และประเมินข้อมูลสื่อมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจบริโภคของวัยรุ่นอย่างมีเหตุผลก่อนที่จะเชื่อหรือนำเสนอข้อมูลต่อไป

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัย**

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางที่ควรนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ ดังนี้

1. การพัฒนากลยุทธ์ด้านการสื่อสารสุขภาพ ควรจัดทำแคมเปญที่เน้นการสื่อสารผ่านช่องทาง ที่วัยรุ่นหญิงนิยม เช่น TikTok โดยใช้คลิปวิดีโอสั้นที่น่าสนใจ กระชับ และให้สาระความรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสื่อและการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอย่างปลอดภัย ควบคู่กับการสื่อสารผ่าน Instagram และ Facebook เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและการตอบโต้เนื้อหาอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถยึดแนวทางจากแคมเปญต้นแบบ เช่น “รู้ก่อนแชร์” ของกรมอนามัย หรือ “รู้ก่อนซื้อ” ของ ออย. ที่ประสบความสำเร็จในการสื่อสารกับผู้บริโภครุ่นใหม่

2. การบูรณาการการรู้เท่าทันสื่อและความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรี การส่งเสริมให้มีการสอดแทรกทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการประเมินข้อมูลสุขภาพในรายวิชาต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และลดพฤติกรรมเลียนแบบจากสื่อหรือบุคคลมีอิทธิพล

3. การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ควรดำเนินกิจกรรมหรือแคมเปญที่กระตุ้นให้วัยรุ่นค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากแหล่งที่เชื่อถือได้ด้วยตนเอง และมีความเข้าใจในการอ่านฉลาก การประเมินสรรพคุณและคำเตือน เพื่อสร้างความมั่นใจในการตัดสินใจบริโภคอย่างเหมาะสมและปลอดภัย

4. บทบาทของผู้กำกับดูแลและภาคธุรกิจ หน่วยงานกำกับดูแลด้านสื่อ เช่น กสทช. ควรร่วมมือกับผู้ผลิตเนื้อหาออนไลน์และผู้ประกอบการ เพื่อส่งเสริมการเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องและมีจริยธรรมพร้อมทั้งกำหนดแนวทางการสื่อสารที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภควัยรุ่น โดยเน้นย้ำเรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์อย่างมีสติและวิจารณ์อย่าง

5. การพัฒนาแนวทางเชิงนโยบาย ภาครัฐควรใช้ข้อมูลจากงานวิจัยนี้เพื่อกำหนดนโยบายในการกำกับดูแลโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารบนสื่อสังคมออนไลน์ให้เข้มงวดมากขึ้น และสนับสนุนการรณรงค์ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาตัวแปรเพิ่มเติม เช่น อิทธิพลของ Influencer และกลุ่มเพื่อน ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจบริโภคผลิตภัณฑ์มากกว่าการรู้เท่าทันเพียงอย่างเดียว

2. ควรผสมการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก หรือ Focus Group เพื่อค้นหา Consumer Insight และ Pain Point ของวัยรุ่นที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

3. ควรศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมระหว่างกลุ่มวัยรุ่นหญิงและวัยรุ่น LGBTQ+ เพื่อให้เข้าใจความต้องการเฉพาะกลุ่ม และพัฒนากลยุทธ์การสื่อสารที่ครอบคลุมมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

กรมการปกครอง. (2567). *ระบบสถิติทางการทะเบียน*.

<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>

ฐิติพงศ์ จิตตารากุล, ต่อตระกูล อุบลวัตร และพิเชษฐ พิมพ์เจริญ. (2565). พฤติกรรมการเปิดรับ การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจที่มีต่อแอปพลิเคชัน ดีก-ดีกของผู้ใช้บริการกลุ่ม มิลเลนเนียลในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารนิเทศสยามปริทัศน์*, 21(1), 106-120.

ธัญญา บุญอิน และหทัยกาญจน์ เขาวนพูนผล. (2566). การเฝ้าระวังและการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน:กรณีศึกษาอำเภอนาหมื่นจังหวัดน่าน. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 16(1), 187-200.

ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย. (2564). *เทรนด์ดูแลสุขภาพของผู้บริโภคในสหรัฐและจีนไจท์ที่ผู้ประกอบการต้องเร่งปรับตัว*. [https://www.exim.go.th/eximinter/e-news/22176/0521\\_trend.html](https://www.exim.go.th/eximinter/e-news/22176/0521_trend.html).

- ปรียาณัฐ เสริมศิลป์ และวิมลพรรณ อาภาเวท. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริมเกี่ยวกับรูปร่างที่ได้รับรองมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.). *วารสารเทคโนโลยีสื่อสารมวลชน มทร.พระนคร*, 3(2), 30-39.
- ปาจรรย์ ผลประเสริฐ, กรรณิกา อุตสาสาร และวิทเอก สว่างจิตร. (2565). ปัจจัยเชิงสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยในภาวะการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 6, 88-89.
- พัชราภา เอื้ออมรวิช. (2563). การรู้เท่าทันสื่อสังคมออนไลน์ของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 43(3), 97-109.
- พิมาย วงศ์ทา. (2567). การวิเคราะห์ปัจจัยของสื่อสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจซื้ออาหารเสริม. *วารสารวิชาการการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ*, 10(1), 186-204.
- มัธยา ธาณี. (2564). เนื้อหาสารกับการสื่อสารแบรนด์บุคคลของผู้ใช้งานแอปพลิเคชันติ๊กต็อกในแคมเปญติ๊กต็อกยูนิ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- รัตนารณ ธนาคุณ. (2564). ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของแอปพลิเคชัน TikTok ที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจซื้อสินค้าของผู้บริโภค. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต*.
- วชิรวิทย์ พัดทอง. (2564). ค่านิยมผิวขาวของสาวโรงงานในประเทศไทย: กรณีศึกษาเปรียบเทียบสาวโรงงานต่างกลุ่มช่วงอายุ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*.
- วุฒิพงษ์ ฐิติรักษ์. (2558). การเปิดรับสื่อทัศนคติและเจตนาเชิงพฤติกรรมของผู้บริโภคที่มีต่อผลิตภัณฑ์น้ำดื่มบรรจุขวดในประเทศไทย. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- ศิริพร จริยาจิรวัดนา, ภัทรพร บุตรดี และพรวิมล นภาศัย. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนไทยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 45(2), 25-38.
- ศิริพัชร บุญพิมพ์. (2563). การเปิดรับสื่อโฆษณาบนสื่อสังคมออนไลน์และการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาที่ส่งผลต่อการตัดสินใจซื้อสินค้าเครื่องสำอางของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. *การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ*.
- ศิวรา เจริญกุล และชิตชนก เรือนก้อน. (2564). ความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องของประชาชนในเขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 14(1), 154-172.
- ห้องปฏิบัติการนโยบาย สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). *เยาวชนเผชิญปัญหาอะไรบ้างในปัจจุบัน? ผลสำรวจเพื่อสร้างนโยบายเพื่อเยาวชนโดยเยาวชน*.  
[https://thailandpolicylab.com/youth\\_poll\\_result\\_thai/](https://thailandpolicylab.com/youth_poll_result_thai/)
- อังศินันท์ อินทรกำแหง และพิชชาดา ประสิทธิ์โชค. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของกลุ่มช่วงวัยทำงาน: วิเคราะห์เมตต้าและโมเดลเชิงสาเหตุ (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- Belgiawan, P. F. & Dewanto, K. N. (2020). The Influence of Social Norms and Attitude In Sustainable Fashion Product Purchase Behaviour. *American International Journal of Business Management*, 3(7), 64-75.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing*. New York: Harper & Row.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). *Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses*. *Behavior Research Methods*, 41, 1149-1160.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2016). *Marketing management* (14<sup>th</sup> ed.). Shanghai: Shanghai People's Publishing House.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- McLeod, J. M., & O'Keefe, G. J. (1972). *The socialization perspective and communication behavior*. In F. G. Kline, & P. J. Tichenor (Eds.), *Current perspectives in mass communication research* (pp. 121-168). Beverly Hills, CA: Sage.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21<sup>st</sup> century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- PPTV Online. (2565). ตลาดอาหารเสริมโตเกือบ 8 หมื่นล้านบาท คนไทยยอมจ่ายเดือนละพันกว่า. <https://www.pptvhd36.com/wealth/economic/179358>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift Voor Onderwijs Research*, 2, 49-60.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2013). *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. *BMC Public Health*, 13, 80.
- UNESCO. (2010). *Media and information literacy curriculum for teachers*. Paris: Author.
- Yamane, T. (1967). *Statistics: An introductory analysis* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Harper & Row.

## ผลของโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

วรรณภา หวังประสพกลาง\*

สาโรจน์ เพชรธณีนี, Ph.D.\*\* และธณกร ปัญญาไสโสภณ, Ph.D.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง(Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละเท่าๆกัน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สร้างขึ้นและกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2) แบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ เท่ากับ 0.804 และ 3) แบบบันทึกการตรวจคัดกรองการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว การเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2566 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที่ (Paired samples t-test และ Independent sample t-test)

ผลการศึกษา พบว่า 1) ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา มีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 2) ภายหลังการได้รับโปรแกรม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ ดีกว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีเพียงด้านออกกำลังกายด้านเดียว พบว่า ภายหลังการทดลองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และ 3) ภายหลังการได้รับโปรแกรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลปลายนิ้วดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะ 1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2. ควรมีการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมชุมชนพัฒนานวัตกรรมสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดจากชุมชนมีส่วนร่วมจริงเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานชนิดที่ 2

\* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

\*\* คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

\*\*\* คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

Corresponding e-mail: sarodhp@gmail.com

(Received: February 7, 2025; Revised: April 20, 2025; Accepted: April 30, 2025)

## The Effects of Steps to Change Public Health Behavior Program of Risk Diabetes Mellitus Type 2 of People Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Ratchasima Province.

Wanna Wangprasopklang \*

Sarodh Pechmanee, Ph.D.\*\* & Thanakorn Panyasaisopon, Ph.D.\*\*\*

### Abstract

This quasi-experimental study aimed to the effects program of applying steps to change public health behavior change risk diabetes mellitus type 2 of people Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Ratchasima Province. The samples were divided into two groups. The risk diabetes mellitus type 2 of people experimental group consisted of 35 participate group was received program of applying steps to change public health behavior theory and the risk diabetes mellitus type 2 of people control group consisted of 35 non received regular health promotion programs by Purposive sampling. The instrument were effect of program of applying steps to change public health behavior theory, questionnaire and screening blood glucose form. Data collection from July 2023 to September 2023. Frequencies, percentage, mean, standard deviation, paired samples t-test and independent samples t-test were applied for data analysis.

The results of this study were as follows: 1. After receiving the program of applying steps to change public health behavior change risk diabetes mellitus type 2 of people Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Ratchasima Province, the experimental group had health behavior had significantly better health promotion program than before receiving the health promotion program at 0.01 level. 2. After receiving the program of applying steps to change public health behavior change risk diabetes mellitus type 2 of people Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Ratchasima Province, the experimental group had health behavior had significantly better control group at 0.01 level. Except for exercise, after the experiment were not different. 3. After receiving the program of applying steps to change public health behavior change risk diabetes mellitus type 2 of people Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Ratchasima Province, had DTX had significantly better health promotion program than before receiving the health promotion program and control group at 0.01 level.

Suggestions 1. Qualitative research should be conducted to confirm The Effects of Steps to Change Public Health Behavior Program of Risk Diabetes Mellitus Type 2 of People. 2. A community-based participatory action research should be conducted to develop health innovations to the behavior modification model for people at risk for type 2 diabetes that is truly participatory in the community for continuity and sustainability.

Keywords: Steps to change public health behavior Health Behavior Risk People Diabetes Mellitus Type 2

---

\* Master of Public Health program students, Faculty of Allied Health Sciences Nakhonratchasima College.

\*\* Faculty of Allied Health Sciences Nakhonratchasima College

\*\*\* Faculty of Science and Tecnology Phranakhon Rajaphat University

## บทนำ

โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาดมีความสำคัญและเป็นปัญหา สาธารณสุข ทั่วโลกเกือบทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจำนวนมาก แนวโน้มของอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นทุกปี อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็น 1 ใน 4 โรคไม่ติดต่อที่องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญและตระหนักว่าเป็นโรคที่ต้องควบคุมอย่างเร่งด่วนมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 โดยตั้งเป้าหมายว่าภายในปี พ.ศ. 2568 ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือเบาหวานใน ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป จะไม่เพิ่มขึ้น (World Health Organization: WHO, 2000) โรคเบาหวานเป็นโรค เรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของทุกประเทศ และมี แนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีสมาพันธ์เบาหวาน ระหว่างประเทศ (International Diabetes Federation: IDF) จากข้อมูล องค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกทั้งหมด 537 ล้าน คาดการณ์ว่าภายในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน เป็นจำนวน 700.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.9% และภายในปี 2588 จะเพิ่มขึ้น มากถึง 783 ล้านคน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566) สมาพันธ์เบาหวานระหว่างประเทศได้ประมาณการอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานของประเทศไทย สูงถึง 6,142.06 ต่อประชากรแสนคน หรือร้อยละ 8 ของประชาชนในวัย ผู้ใหญ่ (International Diabetes Federation: IDF, 2015) จากฐานข้อมูล Health Data Center ในปีพ.ศ. 2558 - 2564 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานมีความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทย 6,995.90 ต่อประชากรแสนคนใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 - 2564 (กระทรวงสาธารณสุขข้อมูล, 2564) การคาดการณ์จำนวนประชากรที่เป็น โรคเบาหวานในอนาคตของประเทศไทยโดย ระหว่างปี พ.ศ. 2554- 2563 จะมีจำนวนประชากรที่เป็นเบาหวานเพิ่ม ขึ้นอยู่ในช่วงใน 501, 299-553, 941 คนต่อปีและในปี พ.ศ. 2563 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงถึง 8,200,000 คน(กระทรวงสาธารณสุขข้อมูล, 2564) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้และ เป็น สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิด โรคเรื้อรังอื่น ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่งผล กระทบต่อตัวผู้ป่วย 2 เช่น ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด และไต รวมถึงครอบครัว รัฐบาลในการ รับภาระดูแลและสูญเสียค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วยตลอดชีวิต (Stolar, 2010) สำหรับประเทศไทย การ ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ของกองโรคไม่ติดต่อยังคงใช้แผนการป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2565 - 2570) เพื่อให้ สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบการป้องกันควบคุมโรคและภัย สุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) และแผนปฏิรูปประเทศทางด้านสาธารณสุขฉบับปรับปรุงให้ สอดคล้องกับสถานการณ์โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 มีการขับเคลื่อนงานทั้งเชิงนโยบายและถ่ายทอดการปฏิบัติสู่ พื้นที่ที่ร่วมกับหน่วยงาน เครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข สู่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้านการ ส่งเสริมการมี สุขภาพที่ดีวิถีใหม่ โดยมุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบ New Normal เน้นอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน สู่ นโยบายปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในประเด็นการพัฒนาและเสริมสร้าง ศักยภาพ การแพทย์ปฐมภูมิ และการพัฒนาและเสริมศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็น ศูนย์กลาง สาธารณสุขประจำตำบล โดยให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และ คุ้มครองผู้บริโภค (กรมควบคุมโรค, 2564) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากโรคระบบไหลเวียนโลหิต เช่น โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคแทรกซ้อนเกี่ยวกับดวงตา รวมถึงระบบประสาทส่วนปลายถูกทำลายเกิด อาการปวด เจ็บแปลบหรือรู้สึกชา โรคแทรกซ้อนเกี่ยวกับไต เกิดภาวะไตเสื่อมเป็นสาเหตุของโรคไต เป็นต้น (American

Diabetes Association: ADA, 2018) หลักการ รักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และเพิ่มกิจกรรมทางกาย การรักษาด้วยยา และการให้ความรู้ (ADA, 2018) กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า โรคเบาหวาน เป็นสาเหตุการป่วยเป็น อันดับแรกในกลุ่มโรคเรื้อรังของคนไทย และยังมีประชากรที่เสี่ยงเป็นโรคนี้อีก ประมาณ 10 ล้านคน อีกทั้งยังคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเป็นร้อยละ 3.7 ของประชากรไทย ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2552 พบร้อยละ 6.90 ในปี พ.ศ. 2558 พบว่า ร้อยละ 8.90 และปี พ.ศ. 2563 พบร้อยละ 9.50 จากอัตราความชุกจะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการเกิดโรคสูงเพิ่มขึ้น ตามลำดับ ส่งผลกระทบต่ออัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ระหว่าง พ.ศ.2558-2564 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 5,224.0, 5,354.0, 5,727.5, 5,980.5, 6,359.1, 6,670.3 และ 6,995.9 ตามลำดับ อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ พ.ศ. 2566 คือ 481.40 ซึ่งพบว่าในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2566 พบว่า การคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคนจากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน จากสถิติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานมีอัตราแนวโน้มการเพิ่มมากขึ้น (กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2566)

อัตราการป่วยโรคเบาหวานภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากกว่าระดับประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566 และในเขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ อัตราป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 647.96 703.00 660.92 และ 617.99 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคเบาหวาน (Pre-DM) ร้อยละ 1.82 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2566) โรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การคลายเครียดทางอารมณ์ การออกกำลังกาย การลดการสูบบุหรี่และลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สำนัก โรคไม่ติดต่อ, 2559) อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ.2563 – 2565 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 593.67 630.33 และ 696.31 ต่อแสนประชากร ตามลำดับผู้ป่วย โรคเบาหวานยังคงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2565) จากผลการคัด กรองประชาชนที่มีอายุ 35 ปี เป็นต้นไป ของประชาชนอำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างปี พ.ศ.2563 – 2565 ร้อยละ 92.12 95.96 และ 94.96 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2565) จาก สถานการณ์พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นของอำเภอลำทะเมนชัย ผู้วิจัยได้สอบถามเบื้องต้นจากผู้ป่วย รายใหม่และประชาชนที่มีความเสี่ยงของโรคเบาหวาน พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ร้อยละ 75.00 โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การจัดการด้านอารมณ์ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่ม เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ จากการทบทวนสถานการณ์ แนวโน้ม ทฤษฎีสุขภาพปัญหาในพื้นที่ และผลการวิจัย ที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุข ปฏิบัติงานหน่วยบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา มีหน้าที่รับผิดชอบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

สำหรับทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model (TTM) หรือ Stage of Change Model) ซึ่งได้รับการยอมรับและนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ โดยมีการยืนยันว่าทฤษฎีนี้มีการใช้อย่างกว้างขวางเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลักการใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมในประเทศไทย

มีการใช้ในงานวิจัยสำหรับโปรแกรมการให้สุขศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน ผู้ป่วยเบาหวาน โดยการประเมินความเปลี่ยนแปลงเริ่มจากการประเมินความพร้อมเป็นรายบุคคลและจัด 3 กิจกรรมให้เหมาะสมกับความพร้อมตามทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Trans theoretical model; TTM) ซึ่งประกอบด้วย 1) ชั้นความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลง 2) ชั้นมีความตั้งใจจะเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม 3) ชั้นเตรียมการ 4) ชั้นปฏิบัติการ 5) ระดับพฤติกรรมคงที่ ซึ่งจะทำให้การออกแบบโปรแกรมเหมาะสมตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อกระตุ้นให้เกิดภาวะสมดุลของการตัดสินใจ (Decision balance) เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความเชื่อมั่นในระดับบุคคล (Self-efficacy) ว่าจะสามารถทำพฤติกรรมนั้นได้ด้วยการประเมินขั้นของพฤติกรรมก่อนและจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมตามขั้นของพฤติกรรม (Prochaska & DiClemente, 1983)

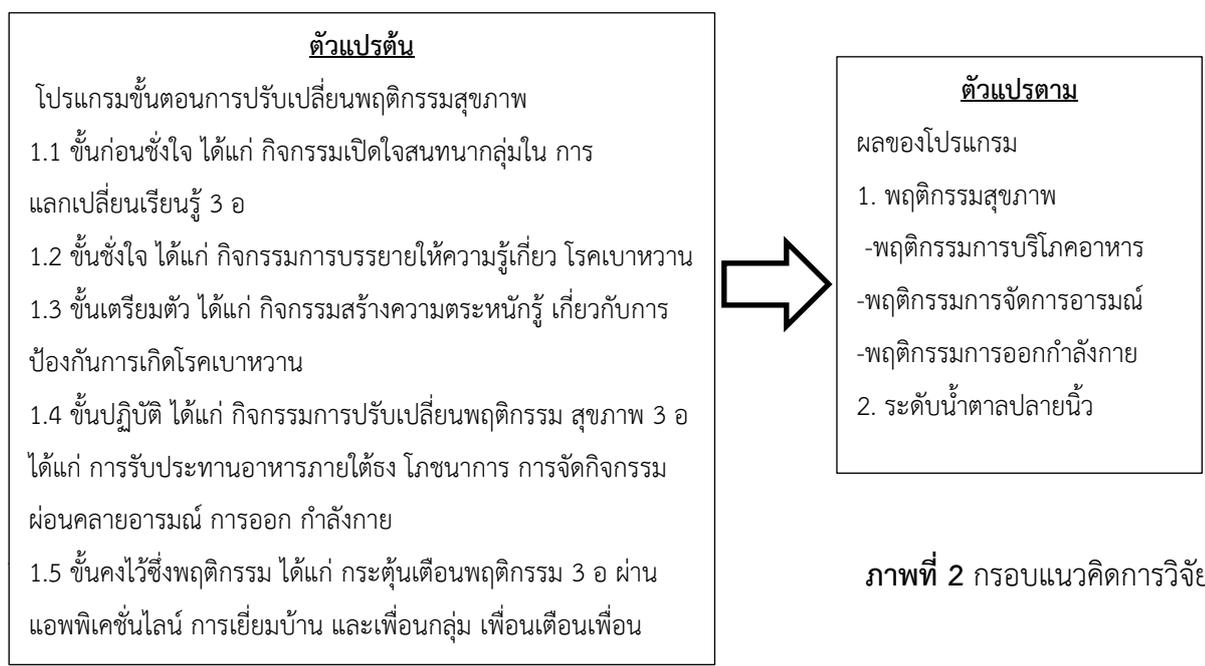
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.ประชาชนมีการลดความเสี่ยงจากโรคเบาหวาน เป็นต้นแบบในการพัฒนาสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน และสามารถนำไปขยายผลในบริบทใกล้เคียงต่อไป

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสภาพปัญหาในพื้นที่ ผู้วิจัยจึง สนใจศึกษาผลของโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model) (Prochaska & Velicer, 1997) ดังกรอบแนวคิด ต่อไปนี้



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-test post-test design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว ที่มีผลระหว่าง 100-125 mg/dl และที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโดยการเจาะเลือดปลายนิ้วที่มีผลระหว่าง 100-125 mg/dl กลุ่มทดลองจำนวน 35 คน โดยใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีไม่ทราบขนาด จำนวนประชากรใช้สัดส่วนประชากรโดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size=0.8) (ระพีพันธ์ โพธิ์ศรี, 2549) ในการนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มละ 35 คน โดยใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างเจาะจง (Purposive sampling) (กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, 2560) ร่วมกับการสมัครใจเข้าร่วม มีขั้นตอนดังนี้

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการตรวจคัดกรองเจาะเลือดปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 100-125 mg/dl
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงตำบล พระพุทธและตำบลมะดัน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการตรวจเลือดคัดกรองปลายนิ้วระหว่าง 100-125 mg/dl และขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานตำบพระพุทธและตำบลมะดัน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบจำนวนที่ต้องการ

#### เกณฑ์การคัดเข้า

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ที่ผ่านการตรวจเลือดคัดกรองปลายนิ้วระหว่าง 100-125 mg/dl และขึ้นทะเบียนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ ที่ตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เช่น กลุ่มเสี่ยงเบาหวานติดบ้าน ติดเตียง
2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคซับซ้อนและรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะทางจิต ที่ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแต่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง 2 ครั้งขึ้นไป

### เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. แบบบันทึกการตรวจคัดกรองการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง ได้แก่ โปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา โดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ Stages of Change ตามหลัก 3อ ประกอบด้วย

1.1 ระยะก่อนตั้งใจ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ไม่เคยคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

1.2 ระยะตั้งใจ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา เคยคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ในระยะเวลา 3 เดือนในอนาคต

1.3 ขึ้นเตรียมตัว ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา คิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. ใน 30 วันข้างหน้าและมีการวางแผนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1.4 ขึ้นลงมือทำ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. เป็นเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

1.5 ขึ้นคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. เป็นเวลา 6 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ท่านมีโรคประจำตัว จำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเป็นแบบตรวจสอบรายการ(Check list) และเติมข้อความ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบไปด้วย 5 ด้าน จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ 1) แบบสอบถามขั้นก่อนตั้งใจ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ (ปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัตินานๆครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์) และไม่ได้ปฏิบัติ(ไม่เคยปฏิบัติเลย) 2) แบบสอบถามขั้นตั้งใจ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ (ปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 5-6 วัน/ สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัตินานๆครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์) และไม่ได้ปฏิบัติ(ไม่เคยปฏิบัติเลย) 3) แบบสอบถามขั้นเตรียมตัว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ (ปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 5-6 วัน/ สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัตินานๆครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์) และไม่ได้ปฏิบัติ(ไม่เคยปฏิบัติเลย) 4) แบบสอบถามขั้นลงมือทำ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ (ปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 5-6 วัน/ สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัตินานๆครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์) และไม่ได้ปฏิบัติ(ไม่เคยปฏิบัติเลย) และ 5) แบบสอบถามขั้นคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ (ปฏิบัติ 7 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 5-6 วัน/ สัปดาห์) ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์) ปฏิบัตินานๆครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์) และไม่ได้ปฏิบัติ(ไม่เคยปฏิบัติเลย) เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล 1. ขั้นก่อนตั้งใจ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Rating



2553) เกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวก คำถามเชิงลบ ปฏิบัติประจำ = 5 1 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง = 3 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆครั้ง = 2 4 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ = 1 5 คะแนน การแปลผล คะแนนเฉลี่ย 4.01 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพระดับปรับปรุง

3. แบบบันทึกการตรวจคัดกรองการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว การแปลผล หากผลตรวจมีค่าน้ำตาลกลูโคสต่ำกว่า 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ หากผลตรวจมีค่าน้ำตาลน้ำตาลกลูโคส อยู่ระหว่าง 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร - 125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หากผลตรวจมีค่าน้ำตาลกลูโคสสูงกว่า 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงว่าเป็นโรคเบาหวาน

### ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และทฤษฎี ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ทำการสร้างแบบสอบถามและนำเสนอต่อกรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบและแก้ไข ปรับปรุง

3. นำแบบสอบถามและโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เบาหวานเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำและปรับปรุงแก้ไข

4. นำแบบสอบถามและโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เบาหวานเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ภาษาที่ใช้และข้อเสนอแนะ ต่าง ๆ จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบอีกครั้ง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา(Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นแล้วเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบ เพื่อพิจารณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขและนำเสนอแบบสอบถามนั้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาเป็นรายข้อว่าแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ 1 สำหรับข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา 0 สำหรับข้อคำถามที่ไม่แน่ใจว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา -1 สำหรับข้อคำถามที่ไม่มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา การบันทึกผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อคำถาม แล้วนำไปหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.5 หรือมากกว่าขึ้นไป (เยาวดี วิบูลย์ศรี, 2551) ถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้ พบว่า ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม เท่ากับ 1 หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามและโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาให้ตรวจพิจารณาอีกครั้ง นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไป ทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลลำมูล อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ที่ไม่ใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน การหาค่าอำนาจจำแนก(Discrimination) ของแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่

0.20 ขึ้นไป (เยาวดี วิบูลย์ศรี, 2551) การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัค ตั้งแต่ 0.7 (เยาวดี วิบูลย์ศรี, 2551) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ เท่ากับ 0.804

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อขอหนังสือรับรองจากคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา ถึงสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลพระพุทธร ผู้ดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะดัน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์ได้จำนวน 35 ฉบับ ตรวจสอบให้คะแนนของแบบสอบถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พร้อมลงรหัสมาวิเคราะห์ข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ท่านมีโรคประจำตัว ใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ (f) และร้อยละ (Percentage)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายในกลุ่มก่อนและหลังทดลองใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (f) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และใช้สถิติทดสอบที (Paired Sample t-test)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายในกลุ่ม ระหว่างกลุ่มก่อนและหลังทดลอง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (f) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และใช้สถิติทดสอบที (Independent Sample t-test)

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ตอบแบบสอบถาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ท่านมีโรคประจำตัว โดยแจกแจงความถี่และร้อยละ พบว่า กลุ่มทดลอง เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 อายุ ส่วนใหญ่อายุ 45 – 56 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 68.60 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.40 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 34.30 รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่ 5,001 – 10,000 บาท จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 42.90 ประวัติโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 68.60 กลุ่มควบคุม เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 85.70 ส่วนใหญ่อายุ 45-56 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 48.60 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 71.40 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ระดับ

ประถมศึกษา/ต่ำกว่า จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 54.30 รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่ 10,001 – 20,000 จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 54.30 ประวัติโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 74.30 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n=35	ร้อยละ	n=35	ร้อยละ
1.เพศ				
ชาย	0	0.00	5	14.30
หญิง	35	100.0	30	85.70
2.อายุ				
35 – 44 ปี	4	11.40	7	20.00
45 – 56 ปี	24	68.60	17	48.60
มากกว่า 56 ปีขึ้นไป	7	20.00	11	31.40
3.สถานภาพสมรส	3.สถานภาพ	3.สถานภาพ	3.สถานภาพ	3.สถานภาพ
สมรส	สมรส	สมรส	สมรส	สมรส
โสด	โสด	โสด	โสด	โสด
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	หม้าย/หย่า ร้าง/แยกกันอยู่	หม้าย/หย่า ร้าง/แยกกันอยู่	หม้าย/หย่า ร้าง/แยกกันอยู่	หม้าย/หย่า ร้าง/แยกกันอยู่
4.ระดับการศึกษา	4.ระดับ	4.ระดับ	4.ระดับ	4.ระดับ
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	การศึกษา	การศึกษา	การศึกษา	การศึกษา
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	ประถมศึกษา/ ต่ำกว่า	ประถมศึกษา/ ต่ำกว่า	ประถมศึกษา/ ต่ำกว่า	ประถมศึกษา/ ต่ำกว่า
ปวส.หรือเทียบเท่า	มัธยมศึกษา/ เทียบเท่า	มัธยมศึกษา/ เทียบเท่า	มัธยมศึกษา/ เทียบเท่า	มัธยมศึกษา/ เทียบเท่า
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	ปวส.หรือ เทียบเท่า	ปวส.หรือ เทียบเท่า	ปวส.หรือ เทียบเท่า	ปวส.หรือ เทียบเท่า
	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	n=35	ร้อยละ	n=35	ร้อยละ
5.อาชีพ				
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	9	25.70	12	34.30
รับจ้างทั่วไป	12	34.30	19	54.30
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	20.00	0	0.00
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	2.90	4	11.40
พนักงานบริษัทเอกชน	0	0.00	0	0.00
อื่นๆ	6	17.10	0	0.00
6.รายได้ครอบครัวต่อเดือน				
ต่ำกว่า 5,000 บาท	12	34.30	1	2.90
5,001 – 10,000 บาท	15	42.90	14	40.00
10,001 – 20,000 บาท	7	20.00	19	54.30
20,001 – 30,000 บาท	0	0.00	1	2.90
มากกว่า 30,000 บาท	1	1.40	0	0.00
7.ประวัติโรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	24	68.60	26	74.30
มีโรคประจำตัว	11	31.40	9	25.70

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียดตนเอง ด้านการจัดการออกกำลังกายตนเอง และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา มีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับของวัตถุประสงค์งานวิจัยและสมมติฐานของการวิจัยกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการทดลอง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา มีพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. โดยแยกตามองค์ประกอบ ด้านอาหาร ด้านความเครียด และด้านออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. โดยรวม แตกต่างจากก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับของวัตถุประสงค์งานวิจัยและสมมติฐานของการวิจัย ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการจัดการความเครียดตนเอง ด้านการจัดการออกกำลังกายตนเอง และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	t	P	
1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ2ส	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	3.66	0.54	15.53*	<0.01
		หลังการทดลอง	4.97	0.17		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	3.74	0.61	2.98*	<0.01
		หลังการทดลอง	3.57	0.50		
1.1ด้านอาหาร	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	3.49	0.61	16.50*	<0.01
		หลังการทดลอง	4.97	0.17		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	3.17	0.75	1.71	0.96
		หลังการทดลอง	3.14	0.65		
1.2 ด้านความเครียด	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	3.49	0.66	9.03*	<0.01
		หลังการทดลอง	4.60	0.65		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	4.34	0.73	2.31	0.02
		หลังการทดลอง	4.17	0.66		
1.3 ด้านออกกำลังกาย	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	4.43	0.92	3.22*	<0.01
		หลังการทดลอง	4.83	0.38		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	4.86	0.43	1.36	0.18
		หลังการทดลอง	4.77	0.49		
2. ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว	กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	106.40	9.77	6.76*	<0.01
		หลังการทดลอง	101.83	8.76		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	108.46	11.86	1.20	0.24
		หลังการทดลอง	107.23	12.65		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

## อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ และระดับน้ำตาลปลายนิ้วดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยดำเนินการตามแผนการวิจัยโดยการประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้แก่ 1) ระยะก่อนซึ่งใจได้แก่ กิจกรรมเปิดใจสนทนากลุ่มในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3อ ในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้กล่าวทักทายแนะนำตนเอง กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยการเตรียมความพร้อมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

แบ่งกลุ่มละ 5-6 คน เพื่อเสวนาแลกเปลี่ยนปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ปัญหาสุขภาพตนเองที่ผ่านมา แนวทางสร้างเสริมสุขภาพ 3อ และแนวทางการป้องกันโรคเบาหวาน โดยผ่านสื่อบุคคล 2) ระยะซังใจ ได้แก่ กิจกรรมการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวโรคเบาหวาน โดยผู้วิจัยได้กล่าวทักทายแนะนำตนเอง กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยการเตรียมความพร้อมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กิจกรรมปรบมือเข้าจังหวะ แนะนำชื่อ ทำท่าทางประกอบ เพื่อเรียกสมาธิการบรรยายความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผลกระทบที่รุนแรงของโรคเบาหวาน และกรณีศึกษาโดยผ่านสื่อ Power point แผ่นพับ คลิปวิดีโอ การสร้างเสริม สุขภาพ 3อ และแนวทางการป้องกันโรคเบาหวาน และบุคคลตัวอย่าง 3) ชั้นเตรียมตัว ได้แก่ กิจกรรมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน โดยการบรรยายและสาธิตการฝึกปฏิบัติ ตามหลัก 3อ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตนเอง กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยการเตรียมความพร้อมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กิจกรรมปรบมือเข้าจังหวะ แนะนำชื่อ ทำท่าทางประกอบเพื่อเรียกสมาธิ แบ่งกลุ่มละ 5-6 คน เพื่อแลกเปลี่ยนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้าน ได้แก่ 1.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ได้แก่ การวางแผนการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ การลดหวาน มัน เค็ม 2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ ได้แก่ ดนตรีบำบัด ธรรมะบำบัด งานอดิเรก ปลูกต้นไม้ จับคู่บัดดี้แลกเปลี่ยนมุมมองปัญหา 3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินแอโรบิค เดินแกว่งแขน โยคะ วิ่ง 4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการลดบุหรี ได้แก่ กรณีศึกษาวิธีการเลิกบุหรีจากผู้ป่วยเบาหวานหรือประชาชนทั่วไป และ 5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการลดสุรา ได้แก่ กรณีศึกษาวิธีการเลิกสุราจากผู้ป่วยเบาหวานหรือประชาชนทั่วไป หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปแนวทางการนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ โดยผ่านสื่อบุคคล และคลิปวิดีโอการสร้างเสริมสุขภาพ 4) ชั้นลงมือทำ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ ได้แก่ การรับประทานอาหารภายใต้ธงโภชนาการ การจัดกิจกรรมผ่อนคลายอารมณ์ การออกกำลังกาย โดย ผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตนเอง กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยการเตรียมความพร้อมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กิจกรรมปรบมือเข้าจังหวะ แนะนำชื่อ ทำท่าทางประกอบเพื่อเรียกสมาธิ ได้แก่ 1. กิจกรรมกำหนดอาหารตามหลักธงโภชนาการ กิจกรรมเมนูอาหารสุขภาพ 2. กิจกรรมจัดการกับอารมณ์ ความเครียด เช่น การนวดผ่อนคลาย การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การปลูกต้นไม้ธรรมชาติบำบัด ดนตรีบำบัด 3.กิจกรรมออกกำลังกาย เช่น การแกว่งแขน การเดินเร็ว การเดินแอโรบิค 4.กิจกรรมบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี และ 5.กิจกรรมบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา หลังจากนั้นผู้วิจัยถาม – ตอบ การลงมือทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ โดยผ่านสื่อบุคคล 5) ชั้นคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกระตุ้นเตือนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ ผ่านแอปพิเคชั่นไลน์และติดตามเยี่ยมบ้าน หรือกลุ่มเพื่อนเตือนเพื่อน โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายแนะนำตนเอง กิจกรรมละลายพฤติกรรมโดยการเตรียมความพร้อมของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กิจกรรมปรบมือเข้าจังหวะ แนะนำชื่อ ทำท่าทางประกอบเพื่อเรียกสมาธิการกระตุ้นเตือน ติดตามผ่านกลุ่ม Line กิจกรรมกำหนดอาหารตามหลักธงโภชนาการ กิจกรรมเมนูอาหารสุขภาพ กิจกรรมจัดการกับอารมณ์ ความเครียด เช่น การนวดผ่อนคลาย การกำหนดลมหายใจเข้า-ออก การปลูกต้นไม้ธรรมชาติบำบัด ดนตรีบำบัด กิจกรรมออกกำลังกาย เช่น การแกว่งแขน การเดินเร็ว การเดินแอโรบิค กิจกรรมบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี และกิจกรรมบันทึกพฤติกรรมการดื่มสุรา และถาม – ตอบ การลงมือทำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ จึงส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหาร ด้านอารมณ์ และด้านออกกำลังกาย ส่งผลให้ ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของชนินฐา สระทองพร้อม และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ (2563) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ.

2ส. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี ตำบลบ้านเล็ก อำเภอบัวชุม จังหวัดราชบุรี ผลการวิจัย พบว่า หลังการใช้โปรแกรมคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ( $M=3.13$ ,  $SD=0.10$ ) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ( $M=2.14$ ,  $SD=0.16$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ( $p < .05$ ) แต่ผลต่างคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบทั้งในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 และกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ( $p > .05$ ) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อติญาณ์ ศรีเกษตริน และคณะ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จ.สุราษฎร์ธานี โดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามแนวทาง 3อ. 2ส. ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของ อสม. แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ( $M=1.88$ ,  $SD=0.32$ ) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ( $M=1.53$ ,  $SD=0.41$ )

### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้นควรนำโปรแกรมไปขยายผลในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน
2. ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 3อ และระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีขึ้นกว่า กลุ่มควบคุม ดังนั้น ควรมีการติดตาม กระตุ้นเตือน อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีสุขภาพดี และยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อยืนยันผลของโปรแกรมขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. ควรมีการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมชุมชน พัฒนานวัตกรรมสุขภาพ เพื่อ ขับเคลื่อนรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิด จากชุมชนมีส่วนร่วมจริงเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

### เอกสารอ้างอิง

กระทรวง สาธารณสุขข้อมูล. (2564). ระบบ Health Data Center (HDC).

<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

กรมควบคุมโรค. (2564). เบาหวาน รู้ว่าเสี่ยง รู้แล้วต้องเปลี่ยน 14 พฤติภัย วันเบาหวานโลก.

[https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=38417&deptcode=odpc9&news\\_views=2407](https://ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?news=38417&deptcode=odpc9&news_views=2407).

กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). รายงานสถานการณ์โรค NCDs). นนทบุรี. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์.

- ขนิษฐา สระทองพร้อม และสุทธิศักดิ์ สุริรัชช์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส.ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*. 3(1), 38-50.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2551). *การวัดและการสร้างแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ระพีพันธ์ โพธิ์ศรี. (2549). *สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อติญาณ์ ศรเกษตริน และคณะ (2560) ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทาง 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.คลองฉาก อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้*. 1(4), 253-264.
- HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2566). *ระบบ Health Data Center (HDC)*.  
<https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: *Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*. 47(9), 1102.

## ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะคิดต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียน กับ การคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน

รวิชญ ม่วงอ่อน\*, ชนิภรณ์ หนองเป็ด\*, ชนิตา เปลี่ยนแปลง\*, วุฒิวัฒน์ คัมมุข\*  
วารุณี มีหลาย, ปร.ด.\*\* และณัฐฐา วรธนะวิโรจน์, พย.ม.\*\*

### บทคัดย่อ

การคิดเชิงบริหาร (Executive Function: EF) เป็นทักษะสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในชีวิตระยะยาว โดยเฉพาะในเด็กวัยก่อนเรียนที่สมองกำลังพัฒนา การขาดทักษะการคิดเชิงบริหาร อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ขาดการยั้งคิด เกิดความผิดพลาดในการดำเนินชีวิตได้ ดังนั้นการฝึกฝนการคิดเชิงบริหารผ่านประสบการณ์ต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับชีวิตในอนาคต งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะคิดต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุระหว่าง 2-6 ปี ที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี จำนวนกลุ่มละ 100 คน รวมทั้งหมด 200 คน โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินการคิดเชิงบริหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว และทักษะคิดต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.22$ ,  $r=.21$ ) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน

ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะในการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารแก่เด็กวัยก่อนเรียนโดยบุคลากรทางสุขภาพและครูผู้ดูแลเด็กควรมีการติดตามพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กในระยะยาวในเด็กวัยเรียนจนถึงวัยรุ่น รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารเพื่อหาแนวทางให้เด็กมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่เหมาะสมตามวัย

คำสำคัญ: การคิดเชิงบริหาร สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ เด็กวัยก่อนเรียน

\*นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

\*\*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: warunee@bnc.ac.th

(Received: February 10, 2025; Revised: April 20, 2025; Accepted: April 30, 2025)

## Associations between family relationships, parental attitudes towards the use of social media, and the social media behavior of preschool-aged children with the executive functions of preschool-aged children

Rawit Muang-on\*, Chaniphon Nongpet\*, Chanita Plianplaeng\*, Wuttiwat Chuschamuk\*

Warunee Meelai, Ph.D.\* & Nattha Wattanaviroj, M.N.S.\*

### Abstract

Executive Function (EF) is an important skill that affects long-term success in life, especially in preschool-aged children whose brains are still developing. A lack of executive function skills may lead to impulsive behaviors and mistakes in daily life. Therefore, training in executive function through various experiences was essential to prepare for future life. The objective of this research was to study the factors related to the executive function of preschool children, including family relationships, parental attitudes toward social media use, and the social media behaviors of preschool children. The sample consisted of parents and preschool children aged 2-6 years who received services at local government early childhood development centers in Chonburi Province, with 100 participants in each group, totaling 200 participants. The sampling method used was multistage random sampling. Data were collected using questionnaires and executive function assessments, and the data were analyzed using Pearson's Correlation Coefficient.

The research findings revealed that family relationships and parental attitudes toward social media use were significantly correlated with the executive function of preschool children at the .05 level ( $r = .22$ ,  $r = .21$ , respectively). However, the social media behaviors of preschool children did not show a correlation with their executive function.

The research findings recommended that healthcare personnel and teachers should promote the development of executive function in preschool children by monitoring their executive function development over the long term, from childhood through adolescence. Additionally, it was recommended to study the factors that enhance the development of executive function to find ways for children to achieve age-appropriate executive function development.

Keywords: Executive functions Family relationships The behavior of using social media Preschool-Aged children

---

\*Nursing student, Boromarajonani College of Nursing, Chonburi

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

## บทนำ

การคิดเชิงบริหาร (Executive Function) เป็นกระบวนการทางความคิดของสมองส่วนหน้า ซึ่งสมองส่วนนี้ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับการคิด ความรู้สึกและการกระทำ การพัฒนาความสามารถในการคิดการจัดระเบียบตนเองซึ่งส่งผลต่อการยับยั้งชั่งใจ การคิดไตร่ตรอง การควบคุมอารมณ์ การยืดหยุ่นทางความคิด การใส่ใจจดจ่อ การวางแผน การตั้งเป้าหมาย ความมุ่งมั่น การจดจำ การเรียกใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดลำดับความสำคัญของเรื่องต่างๆ และการลงมือทำอย่างเป็นขั้นตอนจนสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2561) งานวิจัยที่ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้สำรวจพัฒนาการด้าน EF ของเด็กไทยจำนวน 2,965 คน ในช่วงปี 2558-2559 พบว่า ร้อยละ 30 ของเด็กอายุ 2-6 ปี มีพัฒนาการด้าน EF ล่าช้ากว่าเกณฑ์เฉลี่ย (นวลจันทร์ จุฑาทักติกุล, ปณิตดา ธนเศรษฐกร, นุชนาฏ รัทธี และอรพินท์ เลิศอาวีสตาตระกูล, 2560) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้าน EF ของเด็ก ได้แก่ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ สัมพันธภาพในครอบครัว และทัศนคติของผู้ปกครองต่อการใช้อินเทอร์เน็ต

พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตในเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 2-6 ปี) ได้รับการวิจัยอย่างกว้างขวางในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา โดยพบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive Function) ของเด็กในหลายด้าน การศึกษาหนึ่งที่ตีพิมพ์ในวารสาร JAMA Pediatrics พบว่าเด็กที่มีเวลาหน้าจอเกิน 1 ชั่วโมงต่อวันตั้งแต่อายุ 1 ปี มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความล่าช้าในการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารและการแก้ปัญหาเมื่ออายุ 2 ปี อีกการศึกษาหนึ่งที่ตีพิมพ์ใน Journal of Child Psychology and Psychiatry พบว่าการดูทีวีในระหว่างมื้ออาหารเมื่ออายุ 2 ปี มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพัฒนาการด้านภาษาและการคิดทั่วไปเมื่ออายุ 3.5 ปี (Yang et al., 2024) ดังนั้นเด็กวัยก่อนเรียนจึงควรส่งเสริมในการเรียนรู้สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน หรือนอกสถานที่มากกว่าการเรียนรู้จากการใช้อินเทอร์เน็ต (ภัทรพรรณ ทำดี, 2564) ทั้งนี้ทัศนคติของผู้ปกครองก็เป็นสิ่งสำคัญในด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน

ทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เด็กมีแนวโน้มในการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ปกครองส่วนใหญ่มีแนวคิดว่าการที่เด็กใช้อินเทอร์เน็ตจะเป็นผลดี ต่อพัฒนาการด้านสังคม ภาษา และการเรียนรู้ เนื่องจากสื่อมีสิ่งเร้าหลายอย่างทั้งทางด้านภาพ เสียง ประกอบกับผู้ปกครองมักใช้อินเทอร์เน็ตในการใช้เป็นส่วนกลางในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งจากงานวิจัยของ ปิยนุช ศรีสวัสดิ์เล็ก (2563) พบว่าประชากรมีค่าเฉลี่ยความคิดเห็น เกี่ยวกับผลที่ได้จากการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ด้านการสื่อสารเป็นอันดับ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด โดยประชาชนมีความคิดเห็นว่าเครือข่ายสังคมออนไลน์ช่วยทำให้ติดต่อสื่อสารได้สะดวก รวดเร็ว และทำให้ทราบข้อมูลข่าวสารได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ปกครองมีมุมมองการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กว่าเป็นเรื่องปกติ ผู้ปกครองอาจไม่เข้าใจว่าเด็กสามารถเรียนรู้การใช้สื่อออนไลน์ได้ทั้งวันจนดูเหมือนกำลังเสียเวลาไปกับสิ่งไร้สาระโดยเปล่าประโยชน์ และตัดสินใจว่าเป็นพฤติกรรมที่ควรปรับเปลี่ยน อาจส่งผลเสียต่อกิจกรรมในด้านอื่นของเด็กโดยเฉพาะเรื่องการเรียนรู้จนเกิดการโต้เถียงขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวดีจะทำให้เด็กมีการคิดเชิงบริหารดี

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสำคัญ เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันแรกในการสร้างและหล่อหลอมทักษะด้านการคิด ทัศนคติ การแก้ไขปัญหา การปรับตัว และการทำงานร่วมกับผู้อื่น ความสัมพันธ์ภายในของครอบครัว เช่น

ความรัก ความเอาใจใส่ การตอบสนองต่อความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ล้วนเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนทั้งสิ้น (เบญจวรรณ ปิ่นทอง, 2561) ซึ่งในปัจจุบันสื่อสังคมออนไลน์เข้ามามีบทบาทในความสัมพันธ์ของครอบครัวมากขึ้นใช้ในการติดต่อสื่อสารมากยิ่งขึ้นในชีวิตประจำวัน ทำให้เด็กสามารถพูดคุยกับครอบครัวที่อยู่ทางไกลได้มากขึ้น (ณรรญา ตัญญาพัฒนกุล, 2564) ผู้ปกครองควรดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด และคำนึงถึงความปลอดภัยในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เพราะหากให้เด็กใช้สื่อสังคมออนไลน์มากเกินไป ความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจลดลง และมีปัญหาทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

เด็กวัยก่อนเรียนที่มีช่วงอายุระหว่าง 2-6 ปี เป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญทางการเจริญเติบโตของเด็ก (Crucial year of growth) เป็นวัยที่มีความอยากรู้อยากเห็น และเริ่มริลองทำสิ่งต่างๆ ตามที่ตนเองคิด เริ่มมีการพัฒนาด้านความคิดสร้างสรรค์ เด็กวัยนี้จะเริ่มปูพื้นฐานของทักษะด้วยประสาทสัมผัสต่างๆ ผ่านการเรียนรู้ จดจำ และเริ่มลอกเลียนเมื่อเด็กเห็นพฤติกรรมซ้ำๆ ในสภาพแวดล้อมเดิมๆ เด็กจะเริ่มลอกเลียนแบบพฤติกรรมทางสังคม

จังหวัดชลบุรี มีสภาพสังคมเป็นสังคมเมือง มีรากฐานจากเมืองเก่าประกอบกับความเจริญที่เข้ามาพร้อมกับการพัฒนาความเป็นเมืองที่มีความทันสมัย การคมนาคมที่สะดวกสบาย มีความคล่องตัวของสภาพเศรษฐกิจมากกว่าที่อื่นทำให้มีการเข้ามาทำงานของประชากรนอกพื้นที่มากขึ้น จากแบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนพัฒนาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี ประจำปี พ.ศ. 2565 อำเภอเมืองชลบุรี มีประชากร 340,953 คน แต่มีประชากรแฝง 73,556 คน มีการเข้าถึงเทคโนโลยีได้ง่าย ซึ่งเด็กสามารถเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตได้ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบสื่อทางวิดีโอหรือเกมส์ อีกทั้งบิดามารดาหรือผู้ปกครองให้ความสำคัญกับการทำงานและการหาเงิน ซึ่งอาจจะทำให้ดูแลเด็กไม่ทั่วถึง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนในจังหวัดชลบุรีที่ผ่านมา พบว่าการคิดเชิงบริหารโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคิดเชิงบริหารมากที่สุดคือระยะเวลาการนอนหลับตอนกลางคืน รองลงมาคือรูปแบบการเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่และเพศหญิง ซึ่งตัวแปรทั้งหมดร่วมกันทำนายการคิดเชิงบริหารได้ 33% (ลัดดา เหลืองรัตนมาศ และคณะ, 2564) ซึ่งแสดงว่าปัจจัยทั้งด้านเด็กและครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็ก สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura (1999) ที่เน้นการพัฒนาของบุคคลเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมและกำกับพฤติกรรมของตนเองผ่านกระบวนการทางความคิดและการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการส่งเสริมพัฒนาการคิดเชิงบริหารจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายมิติทั้งจากตัวเด็กเองและสภาพแวดล้อมทางครอบครัวที่มีการปฏิสัมพันธ์กับเด็ก

ด้วยเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวทัศนคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียนกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี ซึ่งผลการวิจัยที่ได้มาในครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการสร้างกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยก่อนเรียน มีทักษะการรู้คิดเชิงบริหารที่พัฒนาไปทางที่ดีมากยิ่งขึ้น

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปกครองกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน

เด็กวัยก่อนเรียน

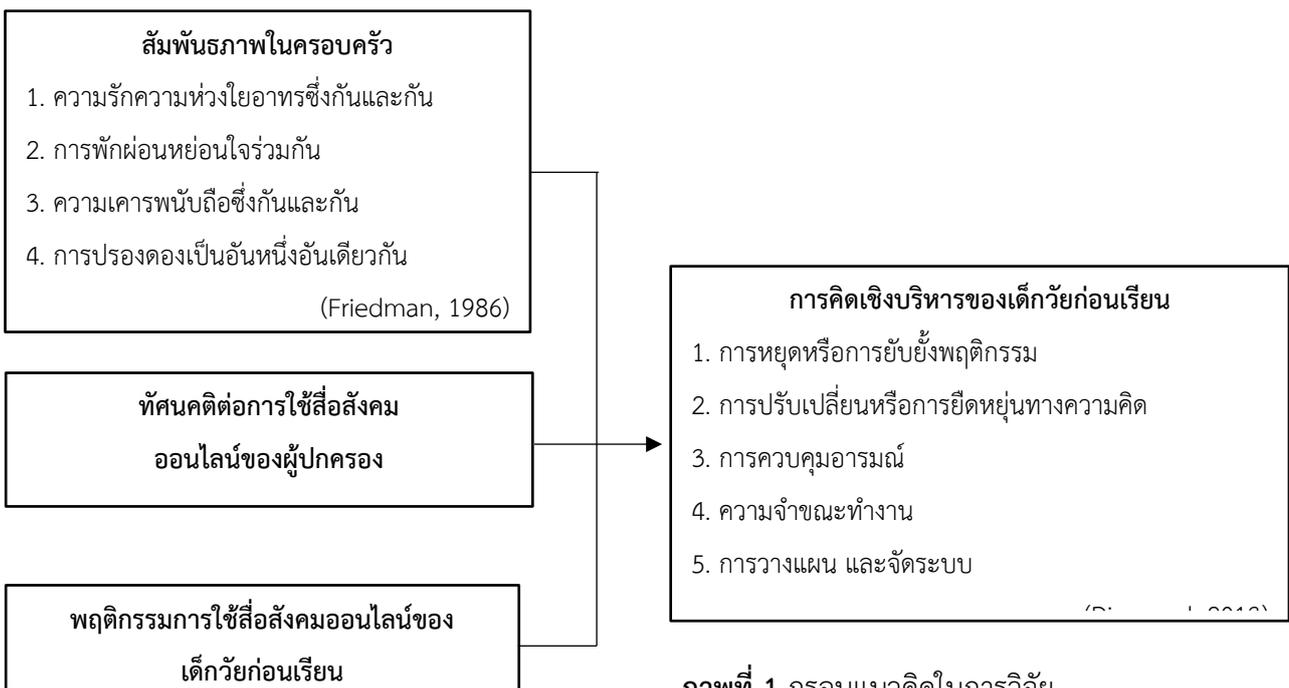
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียนกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน

**สมมติฐานการวิจัย**

1. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน
2. ทศนคติต่อการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน
3. พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียนมีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนตามแนวคิดของ Adele Diamond (2013) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การหยุดหรือการยับยั้งพฤติกรรม 2) การปรับเปลี่ยนหรือการยืดหยุ่นทางความคิด 3) การควบคุมอารมณ์ 4) ความจำขณะทำงาน และ 5) การวางแผนและจัดระบบ ตามทฤษฎีพัฒนาการของสมองและทฤษฎีวิวัฒนาการทางสังคมของ Vygotsky (1978) เด็กวัยก่อนเรียนถือเป็นช่วง Gold period ของการเจริญเติบโตของสมอง โดยมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว การแตกแขนงของกิ่งประสาท และการเชื่อมต่อระหว่างเซลล์ประสาท เมื่อมีการใช้งานบ่อยจะพัฒนาเซลล์ประสาทให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เกิดเครือข่ายวงจรประสาทที่ทำให้เด็กสามารถคิดซับซ้อนได้มากขึ้น ซึ่งจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาของ Bandura (1999) เน้นว่าบุคคลมีการควบคุมกำกับตนเองทั้งทางอารมณ์และการกระทำเพื่อไปสู่เป้าหมาย ผ่านกระบวนการคิดและพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการเลียนแบบพฤติกรรมทางสังคม การเรียนรู้เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1) องค์ประกอบด้านตัวบุคคล (ความคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง) 2) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม และ 3) องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมหรือบุคคลรอบตัว ดังนั้น การคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนจึงให้ความสำคัญทั้งกับตัวเด็กและครอบครัวที่มีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ซึ่งถือเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมของเด็ก โดยพัฒนาการและการเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงได้เสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlation Research Design)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียนที่มีอายุระหว่าง 2-6 ปี ทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power Analysis) โดยใช้โปรแกรม G\* Power version 3.1.9.4 กำหนดระดับนัยสำคัญ ( $\alpha$ ) ที่ .05 อำนาจทดสอบ (Power) = .80 และใช้ขนาดอิทธิพลปานกลาง (Medium effect size) = 0.30 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่าง 84 คนจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการสูญหายของข้อมูล (Missing data) หรือข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 (Sulik et al., 2015) ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 100 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เริ่มสุ่มจากตำบลทั้งหมด 14 ตำบล ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ทดแทน ได้มา 1 ตำบล คือ ตำบลห้วยกะปิ ซึ่งประกอบด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 ศูนย์ หลังจากนั้นคำนวณสัดส่วนของเด็กวัยก่อนเรียนตามจำนวนเด็กในแต่ละศูนย์ให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 คน แล้วจึงทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยคอมพิวเตอร์

เกณฑ์การคัดเลือกของเด็กวัยก่อนเรียน คือ อายุระหว่าง 2-6 ปี สามารถพูดโต้ตอบภาษาไทยได้ ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมาริสน์ออทิสติก หรือกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรม และไม่มีประวัติได้รับการบาดเจ็บทางสมอง และเกณฑ์การคัดเลือกของผู้ปกครอง คือ อายุระหว่าง 18-59 ปี เป็นญาติสายตรงและเป็นผู้ดูแลหลัก เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็ก ให้การดูแลเด็กอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มีจำนวน 1 ชุด คือ แบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ส่วนของข้อมูลผู้ปกครอง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว สถานภาพครอบครัวรายได้ต่อเดือนของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก ช่องทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์ สื่อสังคมออนไลน์ที่ท่านใช้ ความถี่การใช้สื่อออนไลน์ของท่านในแต่ละวัน ระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อครั้ง และ 2) ส่วนของข้อมูลเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับ การเกิดของบุตร ช่องทางการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ความถี่การใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็กในแต่ละวัน และระยะเวลาที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อครั้ง

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์มาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของวารุณี มีหลาย และคณะ (2559) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Friedman, 1986 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านความรักและความห่วงใยอาหารซึ่งกันและกัน 2) ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ 3) ด้านการเคารพนับถือซึ่งกันและกัน และ 4) ด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีจำนวน 16 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง ครอบครัวของท่านปฏิบัติมากที่สุด 4 หมายถึง ครอบครัวของท่านปฏิบัติมาก 3 หมายถึง

ครอบครัวของท่านปฏิบัติปานกลาง 2 หมายถึงครอบครัวของท่านปฏิบัติน้อย และ 1 หมายถึง ครอบครัวของท่านปฏิบัติ น้อยที่สุด

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้อีบุ๊กออนไลน์ของผู้ปกครอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติต่อการใช้อีบุ๊กออนไลน์ของผู้ปกครอง หลังจากนั้นนำความรู้ที่ได้ จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร มารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลมาสร้างแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามส่วนนี้มีข้อ คำถาม ทั้งหมด 10 ข้อ โดยแบ่งระดับคะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้อีบุ๊กออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติต่อการใช้อีบุ๊กออนไลน์ของผู้ปกครอง โดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ด้านในแต่ละด้าน ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการใช้ สถานที่ที่ใช้ ช่วงเวลาที่ใช้ และลักษณะการใช้ มีข้อ คำถามด้านละ 4 ข้อ รวม ทั้งหมด 16 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ สม่ำเสมอทุกวัน 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้งประมาณ 5 - 6 วัน/สัปดาห์ 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้งประมาณ 3 - 4 วัน/ สัปดาห์ 2 หมายถึง ปฏิบัติน้อยครั้งประมาณ 1 - 2 วัน/สัปดาห์ และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน พัฒนาโดยนวลจันทร์ จุฑาภักติกุลและ คณะ (2560) โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือไปยังคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นเครื่องมือ มาตรฐานได้จากการสำรวจการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน ประเมินโดยครู/ผู้ดูแล แบบประเมินมีค่าความสอดคล้อง เชิงเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.0 มีข้อคำถาม 32 ข้อ ประกอบด้วยทักษะ 5 ด้าน คือ การหยุดหรือการยับยั้งพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ การยืดหยุ่นทางความคิดจำนวน 5 ข้อ การควบคุมอารมณ์จำนวน 5 ข้อ ความจำขณะทำงาน จำนวน 6 ข้อ และการวางแผนจัดการจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นมาตรประมาณค่า 5ระดับ พิสัย 0– 128 คะแนน แปลผลโดยนำคะแนนดิบมาเทียบ T-Score และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่ตรงกับช่วงอายุและเพศของเด็ก เพื่อจัดระดับการคิดเชิงบริหารของเด็ก ดังนี้ T-score > 60 หมายถึง ดีมาก T-score 56-60 หมายถึง ดี T-score 45-55 หมายถึง ปานกลาง T-score 40-44 หมายถึง ควรพัฒนา T-score < 40 หมายถึง ควรปรับปรุง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

##### การทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียน สัมภาษณ์ในครอบครัว ทัศนคติ ต่อการใช้อีบุ๊กออนไลน์ของผู้ปกครองและพฤติกรรมการใช้อีบุ๊กออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำมาหาค่าเฉลี่ยความสอดคล้องกันของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence : IOC) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ ได้ค่าความสอดคล้องรายข้อ (IOC) เท่ากับ .67 – 1.00

##### การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียนที่ศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กที่ตำบลห้วยกะปิที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficients of Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบสอบถามสัมภาษณ์ใน

ครอบครัว ได้เท่ากับ .91 แบบสอบถามทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง ได้เท่ากับ .75 และแบบสอบถามพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กวัยก่อนเรียน ได้เท่ากับ .88

2. แบบประเมินการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน โดยผู้วิจัยได้ประเมินการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนพร้อมกับครู/ผู้ดูแลที่อยู่ห้องเดียวกันจำนวน 3 คน ในเวลาเดียวกัน และต่างคนต่างประเมินแล้วนำไปคำนวณความเชื่อมั่นด้วยวิธี Interrater Reliability (IRR) ได้ .94

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี (BNC REC 03/2567) ซึ่งรับรองวันที่ 11 เมษายน 2567 ถึง 11 เมษายน 2568 ผู้วิจัยได้เชิญชวนผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียน (กลุ่มตัวอย่าง) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอน และระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิ์ในการเข้าร่วม มีหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมทำการวิจัย และปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง และมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการเกิดความเสียหายใดๆ ต่อบุคคลและองค์การ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ และนำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสำนักงานองค์กรปกครองท้องถิ่น ตำบลห้วยกะปิ จังหวัดชลบุรี เพื่อขออนุญาตและสนับสนุนในการทำวิจัย
3. เมื่อได้รับการอนุญาตจากองค์กรปกครองท้องถิ่นตำบลห้วยกะปิ จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยประสานงานกับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3 ศูนย์ที่สังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย
4. ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนกับผู้เชี่ยวชาญเรื่องการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน โดยผู้วิจัยและครู/ผู้ดูแลเด็ก/ผู้เชี่ยวชาญ ต้องประเมินเด็กคนเดียวกัน ในเวลาเดียวกัน จำนวน 3 คน ต่างคนต่างประเมิน ได้ Interrater Reliability ที่มีค่ามากกว่า .90 ขึ้นไป
5. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ การดำเนินงาน และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเด็กวัยก่อนเรียนและผู้ปกครอง พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดในการประเมินการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนให้กับครู/ผู้ดูแล และเตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ ครู/ผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน โดยครู/ผู้ดูแลเพื่อให้มีความรู้ในการประเมินการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนตามแบบประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียนที่พัฒนา
6. ผู้วิจัยพบผู้ปกครองที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สังกัดองค์กรปกครองท้องถิ่นตำบลห้วยกะปิ จังหวัดชลบุรี ขอเชิญผู้ปกครองที่สนใจ เข้าร่วมรับ ฟังโครงการวิจัยหากผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมการวิจัย ขอให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
7. ผู้วิจัยขอให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็กแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครองและพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กวัยก่อนเรียน

8. ประเมินการคิดเชิงบริหารของเด็กโดยครู/ผู้ดูแลเด็ก

9. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในระบบคอมพิวเตอร์ และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) ที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

(Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $M$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $SD$ )

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะคิดต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กวัยก่อนเรียนกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน โดยใช้สถิติ Pearson's Correlation Coefficient ซึ่งตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์สัมพันธ์ได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่ามี การกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติ

### ผลการวิจัย

ผู้ปกครองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77) และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กวัยก่อนเรียนโดยเป็นมารดา (ร้อยละ 60) มีอายุเฉลี่ย 36.49 ปี ( $SD = 9.93$ ) มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 44) ส่วนใหญ่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 42) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 43) มีลักษณะครอบครัวแบบเดี่ยว เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66) มีสถานภาพครอบครัวแบบอยู่ด้วยกันมากที่สุด (ร้อยละ 83) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15,001 -30,000 บาท (ร้อยละ 45) ซึ่งมีความเพียงพอ (ร้อยละ 56) มีจำนวนการใช้อินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ทโฟน (Smartphone) มากที่สุด (ร้อยละ 77) และใช้แอปพลิเคชันเฟซบุ๊ก (Facebook) และไลน์ (Line) มากที่สุด (ร้อยละ 35) ส่วนใหญ่มีการใช้งาน 3 - 4 ครั้ง (ร้อยละ 32) และใช้ระยะ 30 นาทีต่อครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 44) โดยส่วนใหญ่บุตรหลานที่มีการใช้อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 85)

เด็กวัยก่อนเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53) และมีอายุอยู่ระหว่าง 36-47 เดือน (ร้อยละ 49) ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนหลัง (ร้อยละ 51) เด็กส่วนใหญ่มีจำนวนการใช้อินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ทโฟน (Smartphone) (ร้อยละ 74) โดยมีความถี่ในการใช้งานอยู่ที่ 1 - 2 ครั้งต่อวัน (ร้อยละ 61) และใช้ระยะ 15 - 30 นาทีต่อครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 40)

ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและทักษะคิดต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง อยู่ในระดับดี ( $M=4.55$ ,  $SD=0.37$  และ  $M=3.97$ ,  $SD=0.59$  ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กวัยก่อนเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=3.66$ ,  $SD=0.43$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะคิดต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กวัยก่อนเรียน

ตัวแปร	M	SD	ระดับ
สัมพันธภาพในครอบครัว	4.55	0.37	ดี
ทักษะคิดต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง	3.97	0.59	ดี
พฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของเด็กวัยก่อนเรียน	3.66	0.43	ปานกลาง

การคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนทั้ง 5 ด้าน มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 128 คะแนน และต่ำสุด 65 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่  $M = 103.71$  และ  $SD = 17.18$  ซึ่งเมื่อคิดคะแนนมาตรฐาน (T-Score) ของการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนรายด้านทั้ง 5 ด้านพบว่าด้านพัฒนาการด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรมมีค่าเฉลี่ยสูงสุดและจัดอยู่ในระดับดีมาก ( $M = 61.61, SD = 7.16$ ) ในขณะที่ด้านพัฒนาการด้านความจำขณะทำงานมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับดี ( $M = 51.97, SD = 8.26$ ) และเมื่อพิจารณาคะแนนมาตรฐาน (T-Score) โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ( $M = 61.38, SD = 6.79$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนรายด้าน และโดยภาพรวม

การคิดเชิงบริหาร ของเด็กวัยก่อนเรียน	คะแนน				คะแนนมาตรฐาน (T-Score)				ระดับ
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	
พัฒนาการด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม	18	40	32.77	5.98	40	73	61.61	7.16	ดีมาก
พัฒนาการด้านการเปลี่ยน/ ความยืดหยุ่นในการคิด	10	20	16.41	2.76	43	69	59.30	6.23	ดี
พัฒนาการด้านการควบคุม อารมณ์	5	20	15.68	3.50	36	71	59.60	7.98	ดี
พัฒนาการด้านความจำขณะ ทำงาน	7	24	18.67	4.15	31	70	57.97	8.26	ดี
พัฒนาการด้าน การวางแผนจัดการ	11	24	20.18	3.57	41	71	60.07	6.96	ดี
<b>โดยภาพรวม</b>	<b>65</b>	<b>128</b>	<b>103.71</b>	<b>17.18</b>	<b>45</b>	<b>72</b>	<b>61.38</b>	<b>6.79</b>	<b>ดี</b>

### ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวและทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .22$  และ  $r = .21$  ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียน กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน ( $n = 100$ )

ตัวแปร	การคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน	
	r	p-value
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	.22*	.03
ทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง	.21*	.04
พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็ก	.01	.93

\* $p < .05$

เมื่อวิเคราะห์รายด้านทั้ง 5 ด้านของการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนพบว่าพัฒนาการด้านความจำขณะทำงาน และพัฒนาการด้านการวางแผนจัดการมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.21$  และ  $r=.25$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าพัฒนาการด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม พัฒนาการด้านความขณะทำงาน และพัฒนาการด้านการวางแผนและจัดระบบมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกว่าทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.21$ ,  $r=.21$  และ  $r=.20$ ) ตามลำดับ สำหรับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนทั้ง 5 ด้านพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียน ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียนกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนรายด้าน ( $n=100$ )

การคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน	สัมพันธ์ภาพในครอบครัว		ทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครอง		พฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียน	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
พัฒนาการด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม	.19	.06	.21*	.03	.02	.88
พัฒนาการด้านการเปลี่ยน/ความยืดหยุ่นในการคิด	.14	.17	.12	.24	-.06	.56
พัฒนาการด้านการควบคุมอารมณ์	.17	.10	.10	.31	.01	.95
พัฒนาการด้านความจำขณะทำงาน	.21*	.04	.21*	.03	.02	.84
พัฒนาการด้านการวางแผนจัดการ	.25*	.01	.20*	.05	.03	.74

\* $p < .05$

**การอภิปรายผล** ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### 1. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกว่าการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.22$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณวิการ์ ใจกล้าและคณะ (2566) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย ( $r = .306$ ,  $p < .01$ ) และการศึกษาของ ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอมและคณะ (2562) สนับสนุนความสำคัญของครอบครัวที่เป็นสิ่งแวดล้อมของเด็กต่อการพัฒนาทักษะการด้านการคิดเชิงบริหาร โดยพบว่าความเครียดของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการคิดเชิงบริหารของเด็ก ( $r = -.44$ ,  $p < .01$ ) และพัฒนาการด้านภาษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการคิดเชิงบริหาร ( $Z = 3.36$ ,  $5.06$ ,  $p < .001$ ) แสดงถึงความสำคัญของการสื่อสารภายในครอบครัว ซึ่งตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาของ Bandura (1999) การพัฒนาเด็กเกิดจากปฏิสัมพันธ์สามทางระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยสัมพันธ์ภาพในครอบครัวจัดเป็นส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมที่สร้างบรรยากาศอบอุ่นและปลอดภัย ทำให้เด็กเรียนรู้การควบคุมและแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปกครองกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปกครองกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า ทัศนคติต่อการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.21$ ) แสดงถึงผลกระทบของสื่อดิจิทัลต่อการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wannapaschaiyong และคณะ (2023) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูสื่อร่วมกันเป็นปัจจัยสำคัญ โดยเด็กที่ผู้ปกครองใช้เวลาดูสื่อร่วมกันน้อยกว่า 50% มีความเสี่ยงสูงขึ้น 5.51 เท่าในการมีปัญหาของการคิดเชิงบริหาร ซึ่งการที่ผู้ปกครองมีทัศนคติเชิงบวกจะทำให้คำแนะนำและควบคุมการใช้อีสื่อของเด็กได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Popovska Nalevska และ Popovski (2023) ที่พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ (69.5%) สนทนากับเด็กเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัยและตั้งกฎเกณฑ์ที่ครอบคลุมทั้งเนื้อหาและเวลาใช้งาน ในทางตรงกันข้ามการศึกษาของ ตวงพร ชุมประเสริฐ และคณะ (2562) ชี้ให้เห็นความเสี่ยงของการใช้อีสื่อมากเกินไป โดยพบความสัมพันธ์ทางลบกับพัฒนาการด้านภาษาและสังคม ( $p < 0.05$ ) ถึงแม้ผู้ปกครองจะมีทัศนคติเชิงบวกหากขาดการควบคุมที่เหมาะสมก็อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ กุลชาติ พันธุ์รูกุล และ เมษา นวลศรี (2562) ที่เสนอว่าสื่อเทคโนโลยีสามารถเป็นทั้งโอกาสและความเสี่ยงต่อเด็กปฐมวัย ขึ้นอยู่กับการใช้งานและการดูแลจากผู้ใหญ่ โดยเน้นความสำคัญของการพัฒนา "ความฉลาดทางดิจิทัล" ผ่านการเป็นแบบอย่างที่ดีและการคัดกรองสื่อที่มีคุณภาพ ระบบ เพื่อเสริมสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อการพัฒนาทักษะเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนอย่างแท้จริง

## 3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียนกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียนกับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน พบว่า พฤติกรรมการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของเด็กวัยก่อนเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ตวงพร ชุมประเสริฐ และคณะ (2562) ที่พบว่า พฤติกรรมการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในขณะเด็กใช้อีสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็กในแต่ละด้าน เพราะส่วนใหญ่ขณะที่เด็กมีการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์จะมีผู้ปกครองอยู่ร่วมด้วย ทำให้ผู้ปกครองที่ต้องใช้เวลาไปกับการทำงาน ไม่สามารถดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้เต็มที่ ซึ่งตรงกันข้ามกับงานวิจัยของ สุณีย์ ปาลวงษ์ (2561) ที่พบว่า เด็กวัยก่อนเรียนจะใช้เวลาไปกับการใช้อุปกรณ์สื่อสังคมออนไลน์ไม่ต่ำกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน สามารถส่งผลการเจริญเติบโตและพัฒนาการเรียนรู้ของเด็กวัยก่อนเรียนได้ โดยจากทฤษฎีการเรียนรู้ของอัลเบิร์ต แบนดูรา เชื่อว่าเด็กจะเลียนแบบจากตัวแบบและการเลียนแบบนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยการสังเกต พฤติกรรมของตัวแบบการสังเกตการตอบสนองและปฏิบัติการต่างๆ ของตัวแบบ ดังนั้นโดยปกติแล้วเด็กอาจจะมีการเลียนแบบพฤติกรรมการใช้อีสื่อสังคมออนไลน์ของผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวอยู่เสมอ ซึ่งอาจทำให้พัฒนาการของเด็กมีการเปลี่ยนแปลงได้สอดคล้องกับทฤษฎีวัฒนธรรมทางสังคมของไวทสกี้ (Vygotsky's sociocultural Theory) ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการสนับสนุนจากผู้ใหญ่ การที่เด็กใช้อีสื่อโดยไม่มีการแนะนำและพูดคุยอย่างมีคุณภาพอาจไม่ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารที่ดีได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการใช้อินเทอร์เน็ตของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็ก โดยหากผู้ปกครองกำหนดขอบเขต และเวลาในการใช้งานอินเทอร์เน็ตเด็กจะมีพัฒนาการตามวัย
2. เป็นแนวทางในการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อให้เด็กวัยก่อนเรียนมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารตามวัย
3. ผู้ที่ประเมินการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนควรเป็นผู้ที่ดูแลเด็กเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อป้องกันการประเมินผลผิดพลาด

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาเพียงกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองและเด็กวัยก่อนเรียนที่มารับบริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชลบุรี การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น เช่น ในระดับภาคหรือระดับประเทศ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียนในภาพรวม
2. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารเด็กวัยก่อนเรียน
3. บุคลากรทางสุขภาพและครูผู้ดูแลเด็กควรติดตามพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารของเด็กในระยะยาวในเด็กวัยเรียนจนถึงวัยรุ่นรวมทั้งศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารเพื่อหาแนวทางให้เด็กมีพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารที่เหมาะสมตามวัย

## เอกสารอ้างอิง

- กุลชาติ พันธวรกุล และ เมษา นวลศรี. (2562). เด็กปฐมวัยกับการเป็นพลเมืองดิจิทัล: โอกาสหรือความเสี่ยง. *วารสารครูศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 47(ฉบับเพิ่มเติม 2), 1-23.
- ณรงญา ตัญญาพัฒนกุล. (2564). 'When Family Changes Social Media': มองความสัมพันธ์ครอบครัวยุคดิจิทัลกับแดเนียล มิลเลอร์. <https://www.the101.world/daniel-miller-digital-family-interview/>
- ดวงฤทัย เสมอคุ้มหอม, อาภาวรรณ หนูคง, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, และ นวลจันทร์ จุฑาทักดีกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคิดเชิงบริหารของเด็กก่อนวัยเรียน. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 34(4), 80-94.
- ดวงพร ชุมประเสริฐ, วันธนี วิรุฬห์พานิช, และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์กับพัฒนาการเด็กอายุ 2-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดสงขลา. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 91-104.
- นวลจันทร์ จุฑาทักดีกุล, ปณิตดา ธนเศรษฐกร, นุชนาฏ รักษ์ และอรพินท์ เลิศอวัสตาตระกูล. (2560). *การพัฒนาและหาค่าเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย*. มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพฯ. สืบค้น กันยายน 2, 2566 จาก <https://shorturl.asia/BKsHD>
- เบญจวรรณ ปิ่นทอง. (2561). *ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กวัยก่อนเรียน*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยบูรพา.

- ปิยนุช ศรีสวัสดิ์เล็ก. (2563). การศึกษาพฤติกรรมการใช้สื่อ และการรู้เท่าทันสื่อของผู้ปกครองนักเรียนระดับ ประถมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. *วารสารนิเทศศาสตร์ปริทัศน์*, 16(2), 81-90.
- ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สมปรารถนา สุดใจนาค, ณิชฎฐา วรธนะวิโรจน์ และวารุณี มีหลาย. (2564). ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการคิดเชิงบริหารของเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(3), 15-27.
- ภัทรพรรณ ทำดี. (2564). ผลกระทบของสื่อสังคมออนไลน์ที่มีต่อประชากรต่างรุ่นในครอบครัวโดยมุมมองของประชากร ชาวดิจิทัลไทย, *Journal of Demography*, 37(2), 1-20.
- วรรณวิการ์ ใจกล้า, มาลี เอื้ออานวย, ศศิธร คำมี, ขจรวิชญา ประภาเลิศ, และ กมลทิพย์ ใจมาคำ. (2566). ความสัมพันธ์ ของการเลี้ยงดูของผู้ปกครองและสัมพันธ์ภาพในครอบครัวต่อพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(3), 212-228.
- วารุณี มีหลาย, อมรรัตน์ การะมี, สุนทรี รักความสุข และณิชฎฐา วรธนะวิโรจน์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีวินัยใน ตนเองของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสังกัดเทศบาลเมืองบ้านสวน. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ*, 11(2), 127-137.
- สุนีย์ ปาลวงษ์. (2561). ประสบการณ์การรับรู้ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยที่ติดสื่อสังคมออนไลน์ในเขตอำเภอดอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 1(2), 12-27.
- สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2561). *คู่มือ หลักสูตรการศึกษาปฐมวัย พุทธศักราช 2560 สำหรับเด็กอายุ 3-6 ปี*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย จำกัด.
- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (Ed.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154-196). New York: Guilford Publications. (Reprinted in D. Cervone & Y. Shoda [Eds.], *The coherence of personality*. New York: Guilford Press.)
- Diamond A. (2013). Executive functions. *Annual review of psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>.
- Friedman, M.M. (1986). *Family nursing: Theory and assessment* (2<sup>nd</sup> edition). Appleton-Century - Crofts.
- Popovska Nalevska, G., & Popovski, F. (2023). Parental attitudes and mediation in children's use of digital media. *International Journal of Research Studies in Education*, 12(7), 65-73.
- Sulik, M. J., Blair, C., Mills-Koonce, R., Berry, D., Greenberg, M., & Family Life Project Investigators. (2015). Early Parenting and the Development of Externalizing Behavior Problems: Longitudinal Mediation Through Children's Executive Function. *Child development*, 86(5), 1588–1603. <https://doi.org/10.1111/cdev.12386>.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press.

Wannapaschaiyong, P., Wattanakijthamrong, S., Kallawicha, K., & Sutthritpongsa, S. (2023).

Associations between media use and executive dysfunction among preschool children in Bangkok, Thailand. *Journal of Child Science*, 13, e85-e95.

Yang, S., Saïd, M., Peyre, H., Ramus, F., Taine, M., Law, E. C., Dufourg, M. N., Heude, B., Charles, M. A., & Bernard, J. Y. (2024). Associations of screen use with cognitive development in early childhood: the ELFE birth cohort. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 65(5), 680–693. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13887>

ผลของการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการฝึกปฏิบัติ  
วิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วาสนา อุปโป, ปร.ด.\*

ดารินทร์ พนาสันต์, วท.ม.\* และสุภาวดี นพรุจจินดา, ปร.ด.\*

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การสะท้อนคิด กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ที่ฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power ระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 24 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 48 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน กลุ่มทดลองจะได้รับการสะท้อนคิดโดยการบันทึกการสะท้อนคิดและการสะท้อนคิดด้วยวาจาจากผู้วิจัย และกลุ่มควบคุมจะได้รับการเรียนการสอนปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบบันทึกการเขียนการสะท้อนคิดที่สร้างขึ้นตามแนวคิด Gibbs's Reflective Cycle และแบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาของสถาบัน พระบรมราชชนก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีชนิดสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired t-test) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในกลุ่มทดลอง และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนี ยู (Mann-Whitney U)

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการสะท้อนคิดด้วยวาจาร่วมกับการบันทึกการสะท้อนคิดระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ช่วยพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาเกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรอง ทบทวนและสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง นำไปสู่กระบวนการคิดตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การสะท้อนคิด ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ นักศึกษาพยาบาล การฝึกภาคปฏิบัติ

การวิจัยกึ่งทดลอง

\*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding e-mail: darin@snc.ac.th

(Received: March 3, 2025; Revised: April 20, 2025; Accepted: April 30, 2025)

**Effect of Reflective Thinking on Critical Thinking Ability in Nursing Administration  
Practicum of 4th Year Undergraduate Nursing Students  
Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi**

Wassana Uppor, Ph.D.\*

Darin Panasas, M.S.\* & Supawadee Noparoojjinda, Ph.D.\*

**Abstract**

This two-group pre-post test design experimental research aimed to compare the critical thinking ability of nursing students before and after teaching using reflective thinking. The sample group was fourth-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, who were practicing the nursing administration practice course between November and December 2023. The sample size was determined using the G \* Power program with a significance level of .05. The sample group consisted of 24 people per group, totaling 48 people. The sample group was selected by random drawing without replacement. The experimental group received reflections by recording reflections and verbal reflections from the researcher. The control group received regular teaching and learning. The research instruments were a written reflection record form created based on the Gibbs's Reflective Cycle concept and a critical thinking ability test. The Paired t-test was used to compare differences in critical thinking ability score among the experimental groups, and to compare critical thinking ability score scores between groups, the Mann-Whitney U test was used.

The results showed the mean critical thinking ability score of the experimental group increased statistically significantly ( $p < .01$ ). The difference was statistically significant when comparing the mean critical thinking ability scores between the experimental and control groups ( $p < .05$ ). The findings showed that verbal reflection combined with reflection writing during nursing practice helped develop students' critical thinking ability, learning through the process of reflective thinking, reviewing and reflecting on their own practice, leading to appropriate decision-making process in nursing practice for patient safety.

Keywords: reflective thinking critical thinking ability undergraduate nursing students

---

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

## บทนำ

การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical thinking) เป็นกระบวนการในการรับรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์การตีความและประเมินข้อมูลอย่างรอบคอบผ่านการสังเกต ประสบการณ์ และการสื่อสาร เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม (Alfaro-LeFevre, 2019; Carbogim et al., 2018) ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นสมรรถนะหลักที่สำคัญของการเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดี (Falcó-Pegueroles et al., 2021) พยาบาลที่มีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ จะความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ สามารถวิเคราะห์หาคำตอบ เพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล นำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพแก่ผู้รับบริการได้ ตลอดจนการบริหารงาน การตัดสินใจเชิงนโยบายและการเผชิญกับสถานการณ์ทางด้านสุขภาพที่ซับซ้อนในการปฏิบัติการพยาบาล (Papathanasiou et al., 2014) การเปลี่ยนแปลงด้านระบบสุขภาพ (Lopes Ribeiro et al., 2022) จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นทั่วโลก รวมทั้งความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงและความซับซ้อนดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการจัดการศึกษาพยาบาลภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยเฉพาะการปฏิบัติทางคลินิกซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการศึกษาพยาบาล (ศราวุธ เรื่องสวัสดิ์, 2564) จากรายงานผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อบัณฑิตพยาบาล ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิอุดมศึกษาแห่งชาติ ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ 2561-2565) ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี พบว่าความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต ด้านคุณธรรมจริยธรรมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $M = 4.57, SD = 0.40$ ) รองลงมาคือ ด้านทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ ( $M = 4.36, SD = 0.48$ ) ด้านทักษะวิชาชีพ ( $M = 4.34, SD = 0.49$ ) ด้านทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสารและการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ( $M = 4.19, SD = 0.49$ ) ด้านความรู้ ( $M = 4.18, SD = 0.49$ ) และด้านทักษะทางปัญญามีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $M = 4.15, SD = 0.48$ ) ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าสถาบันการศึกษาพยาบาล ควรมีการพัฒนาทักษะทางปัญญา การคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลมีความสามารถในการคิดอย่างเป็นระบบ สามารถวิเคราะห์หาคำตอบ เพื่อแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเป็นเหตุเป็นผล อีกทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ซึ่งสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพและผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง (สภาการพยาบาล, 2553) ที่สภาการพยาบาลประเทศไทย ได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อการตัดสินใจการดูแลผู้รับบริการอย่างถูกต้องเหมาะสม (Facione, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ พบวิธีการสอนในระดับอุดมศึกษา ดังนี้ 1) การอภิปราย 2) การเรียนรู้แบบโครงการเป็นฐาน (3) การโต้แย้ง การนำเสนอ (รายงานด้วยวาจาและการพูด) (4) การตั้งคำถามและการตอบคำถาม 5) การวิจัย 6) กรณีศึกษา 7) การทำงานร่วมกัน 8) การเขียนเรียงความ 9) การประเมิน การติดตามผล ข้อเสนอแนะ 10) การเชื่อมโยงบทเรียนกับโลกแห่งความเป็นจริงหรือการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (Arslan et al., 2014; Bezanilla et al., 2019; Cargas et al., 2017; Duron et al., 2006; Grohs et al., 2018; Makhene, 2017; Martyn et al., 2014; Nold, 2017; Rashid & Qaisar, 2016; Hora & Smolarek, 2018; Sharples et al., 2017; Fernandes, Willison, Boyle, & Muliastari, 2025; นิชิรีน เจ๊ะมามะและคณะ, 2567) เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบซานิลลาและคณะ (Bezanilla et al., 2019) ที่สำรวจวิธีการสอน

ของอาจารย์มหาวิทยาลัยจำนวน 230 คน พบวิธีการสอนที่มีประสิทธิผลที่สุดในการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่ 1) การสะท้อนคิดและโต้แย้งด้วยวาจาและการเขียน (oral and written reflection and argumentation) ร้อยละ 23.31, 2) การอ่าน วิเคราะห์และสังเคราะห์แหล่งข้อมูล (reading, analysis, and synthesis of resources) ร้อยละ 22.72, 3) กรณีศึกษา (case studies) ร้อยละ 13.90, 4) การตั้งคำถาม (questioning) ร้อยละ 7.47, 5) การเรียนรู้ด้วยปัญหาและโครงการเป็นฐาน (problem and project based learning) ร้อยละ 7.47, 6) วิธีการอื่นๆ เช่น ห้องเรียนกลับด้าน (flipped classroom) บทบาทสมมติ (role playing) ฯลฯ ร้อยละ 6.42, 7) การเชื่อมโยงบทเรียนกับโลกแห่งความเป็นจริงหรือการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (real world connection or experiential learning) ร้อยละ 5.97, 8) การเรียนรู้แบบร่วมมือ (cooperative learning) ร้อยละ 4.81, 9) การวิจัย (research) ร้อยละ 3.13, 10) การประเมิน การตีความ และการพิสูจน์ (evaluation, interpretation, and justification) ร้อยละ 2.48, 11) การประเมิน การติดตาม และให้ข้อเสนอแนะ (assessment, follow-up, and feedback) ร้อยละ 1.34, และ 12) การบรรยาย (assessment, follow-up, and feedback) ร้อยละ 1.19 ตามลำดับ ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าวิธีการสอนนำมาใช้จัดการเรียนการสอน มากที่สุดในการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือการสะท้อนคิดและโต้แย้งด้วยวาจาและการเขียน

การสะท้อนคิด (reflective thinking) เป็นกลยุทธ์การสอนรูปแบบหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดกระบวนการคิดไตร่ตรอง ผ่านการทบทวนและสะท้อนการกระทำของตนเอง (Johns, 2000) แบ่งได้เป็น 4 ประเภท (Edwards, 2017; รัตติกง เหมือนนาตอน, ยุพาภรณ์ ตรีไพรวงศ์, เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล และสันติ ยุทธยง, 2562) ได้แก่ 1) การสะท้อนคิดก่อนลงมือปฏิบัติ (reflection before action) เป็นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติโดยอาศัยความรู้หรือประสบการณ์เดิม 2) การสะท้อนคิดขณะปฏิบัติ (reflection in action) ในขณะที่ปฏิบัติมีการสะท้อนคิดในสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น 3) การสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติ (reflection on action) เป็นการทบทวนในสิ่งที่เกิดขึ้นและพิจารณาในผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการปฏิบัติสิ้นสุดลง 4) การสะท้อนคิดเกิดภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง (reflection-beyond-action) เกิดภายหลังสิ้นสุดการปฏิบัติ ผู้เรียนสะท้อนคิดในสิ่งที่ยังไม่ได้เรียนรู้และสิ่งที่ยังไม่รู้ ซึ่งเป็นการสะท้อนคิดเกี่ยวกับความรู้และความเชื่อของผู้เรียนจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้ผ่านมา การสะท้อนคิดหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ ช่วยให้นักศึกษาใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ ตั้งคำถาม ย้อนกลับไปยังสถานการณ์ที่เป็นอยู่และทำให้นักศึกษาพยาบาล มีการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Bijani et al., 2021; ประไพ กิตติบุญถวัลย์, เกศแก้ว สอนดี, มุสดี ก่อเจตีย์, และภูวสิทธิ์ สิ่งประไพ, 2662) ผลลัพธ์ต่อมาก็คือนักศึกษามีการคิดตัดสินใจ ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกได้ดีขึ้น สามารถนำความรู้เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติได้ดีขึ้น (อจรวาตี ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์, วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, และสุวรรณี แสงอาทิตย์, 2562) การประเมินการสะท้อนคิด เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียน สามารถประเมินในระหว่างเรียนเพื่อการพัฒนา (formative assessment) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับคุณภาพของงาน และประเมินเมื่อสิ้นสุดการเรียนเพื่อวัดผลการเรียนรู้ (summative assessment) ในรายวิชา เช่น การประเมินทักษะทางปัญญา การคิดอย่างมีวิจารณญาณ หรือการคิดแก้ปัญหา โดยวิธีการพัฒนาการสะท้อนคิดสามารถฝึกฝนได้โดยการสะท้อนคิดด้วยวาจา (verbally) และการเขียน (writing) (Bezanilla et al., 2019; Colley, Bilics & Lerch, 2012; Makhene, 2017; Noblitt et al., 2010) เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม (Baker, 1996) และเป็น

เครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้สอนกระตุ้นผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจและวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง มีการประเมินตนเองเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการคิดวิเคราะห์มากขึ้น (Golden, 2023)

ถึงแม้ว่าการสะท้อนคิดจะช่วยให้ผู้เรียนนำความรู้เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติได้ แต่ผลการวิจัยของสุพิมล ขอบผลและคณะ (2562) พบว่าคะแนนทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ หลังการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. บนหอผู้ป่วยจิตเวช ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 0.654$ ,  $p > 0.05$ ) แต่ผลของการศึกษาของประไพ กิตติบุญถวัลย์และคณะ (2562) พบว่า การสอนสะท้อนคิดในวิชาปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทำให้ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และปาริฉัตร อุทัยพันธ์ (2563) พบว่าพฤติกรรมการคิดอย่างมีวิจารณญาณ นักศึกษาส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงหลังการจัดการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิด ร้อยละ 55.22 รองลงมาคือมีพฤติกรรมคงเดิม ร้อยละ 40.30 จะเห็นได้ว่าผลการวิจัยการเกี่ยวกับการสะท้อนคิดต่อการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ยังไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกัน เมื่อวิเคราะห์เครื่องมือการวิจัยในการสะท้อนคิด พบว่ามีการใช้แบบบันทึกการสะท้อนคิดและการสะท้อนคิดด้วยวาจา ยังไม่มีการใช้เครื่องมือการสะท้อนคิดทั้งสองอย่างร่วมกันและจากผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี พบว่าต้องมีการพัฒนาทักษะทางปัญญาของนักศึกษาเพิ่มขึ้น ประกอบกับผลการประเมินการจัดการเรียนการสอนในวิชาปฏิบัติการพยาบาล ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้เรียนบางคนไม่กล้าพูดแสดงความคิดเห็นของตน ไม่กล้าตัดสินใจให้การพยาบาลกับผู้ป่วยขณะปฏิบัติงานในคลินิก และพบว่าวิธีการสอนแบบปกติ ไม่มีการสะท้อนคิดด้วยการเขียนบันทึกสะท้อนคิด แต่จะมีการสะท้อนคิดด้วยวาจาเป็นรายกลุ่มโดยอาจารย์พี่เลี้ยงและอาจารย์นิเทศ หลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพียงหนึ่งครั้งหลังเสร็จสิ้นการฝึกปฏิบัติ เป็นผลให้นักศึกษากลุ่มที่ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น มีการพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณอย่างจำกัด

ดังนั้นคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นอาจารย์นิเทศจึงมีความสนใจ ศึกษาผลของการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรีโดยการใช้การสะท้อนคิดด้วยวาจา ร่วมกับการบันทึกการสะท้อนคิด หลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์ต่างๆ ให้สอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนที่แตกต่างกัน เพื่อพัฒนากระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณรายบุคคล ช่วยให้เกิดกระบวนการวิเคราะห์ที่ตั้งคำถามย้อนหลังกลับมายังสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการคิดไตร่ตรอง ทบทวนและสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง นำไปสู่กระบวนการคิดตัดสินใจ ในการปฏิบัติการพยาบาลและเกิดทักษะการแก้ปัญหาที่ยืดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ตลอดจนการเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสะท้อนคิด
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ใช้การสะท้อนคิดกับการเรียนการสอนปกติ

## สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลหลังการสะท้อนคิดสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. คะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับการสะท้อนคิดสูงกว่ากลุ่มการเรียนการสอนปกติ

## กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสะท้อนคิด แบบการสะท้อนคิดหลังการปฏิบัติ (reflection on action) ของ Gibbs reflective cycle (Gibbs, 1988) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1. การบรรยายว่าเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้น 2. ท่านคิดและรู้สึกอย่างไรกับ เหตุการณ์ดังกล่าว 3. ท่านประเมินได้หรือไม่ว่าอะไรที่เป็นประสบการณ์ที่ดี และไม่ดีในเหตุการณ์นี้ 4. ท่านมีการวิเคราะห์เหตุการณ์นี้อย่างไร 5. ท่านสามารถสรุปเหตุการณ์ นี้ได้ว่าอย่างไร มีอะไรเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่เข้าไปแล้วบ้าง 6. ถ้าเกิดเหตุการณ์นี้อีกครั้ง ท่านจะวางแผนทำอย่างไร

## วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัยชนิดการศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนหลัง (Two Group Pretest - Posttest Design) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มก่อนและหลังการสะท้อนคิด และเปรียบเทียบความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ใช้การสะท้อนคิดกับการเรียนการสอนปกติ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 ปีการศึกษา 2565 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ชั้นฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ระหว่างเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 100 คนกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power (Faul et al., 2007) ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .95 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่คำนวณจากการศึกษาของประไพ กิตติบุญฉวีและคณะ(2662) เรื่องผลการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพล 1.20 จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ 20 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20% (Polit & Beck, 2004) ดังนั้นขนาดตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 24 คนต่อกลุ่ม รวมทั้งหมด 48 คน และเนื่องจากการขึ้นฝึกปฏิบัติงานวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ได้แบ่งนักศึกษาออกเป็น 13 กลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน แบบคละกันตามผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจากมากไปหาน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 8 คน รวม 24 คน กลุ่มทดลองจำนวน 3 กลุ่มๆ ละ 8 คน รวม 24 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ฝึกปฏิบัติงานในช่วงเวลาเดียวกันและโรงพยาบาลเดียวกัน กำหนดให้กลุ่มทดลองทำการบันทึกการสะท้อนคิด 3 ครั้ง โดยทำการบันทึกสัปดาห์ละ 1 ครั้งทุกวันศุกร์ รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์และสะท้อนคิดด้วยวาจา

จำนวน 6 ครั้ง โดยผู้วิจัยจำนวน 3 คน (1 คน/กลุ่ม) ทำการสะท้อนคิดด้วยวาจาสัปดาห์ละ 2 ครั้งทุกวันพุธ และวันศุกร์ รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการเรียนการสอนปกติ โดยการประเมินการฝึกปฏิบัติงานตามแบบประเมินของรายวิชา จากอาจารย์ที่เลี้ยงบนหอผู้ป่วยและอาจารย์นิเทศ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการบริหารการพยาบาล ปีการศึกษา 2565 ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ทั้งเพศชาย เพศหญิง

2) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษานี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria)

1) นักศึกษาพยาบาลที่เข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยไม่ครบตามที่กำหนด

### เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

1. แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วม ผู้วิจัยออกแบบเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงพรรณนาประกอบด้วย อายุ เพศ เกรดเฉลี่ย (GPA)

2. แบบคำถามการสะท้อนคิดด้วยวาจา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibbs (1988) ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดจำนวน 20 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 6 ด้านได้แก่ 1) การบรรยาย (description) มี 4 ข้อคำถาม 2) ความรู้สึก (feelings) มี 4 ข้อคำถาม 3) การประเมิน (evaluation) มี 2 ข้อคำถาม 4) การวิเคราะห์ (analysis) มี 3 ข้อคำถาม 5) การสรุป (conclusions) มี 3 ข้อคำถาม และ 6) การวางแผนปฏิบัติในอนาคต (action plans) มี 4 ข้อคำถาม โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและมีดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Objective Congruence) ระหว่าง 0.60 -1.00 คะแนน

2. แบบบันทึกการสะท้อนคิดภายหลังการสิ้นสุดการปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibbs (1988) เป็นแบบบันทึกประกอบด้วยคำถามปลายเปิดจำนวน 6 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 6 ด้านได้แก่ 1) การบรรยาย (description) 2) ความรู้สึก (feelings) 3) การประเมิน (evaluation) 4) การวิเคราะห์ (analysis) 5) การสรุป (conclusions) และ 6) การวางแผนปฏิบัติในอนาคต (action plans) แต่ละด้านประกอบด้วยคำถามปลายเปิดด้านละ 1 ข้อคำถาม โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านและมีดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Objective Congruence) เท่ากับ 1.00 คะแนน

3. แบบวัดความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาของสถาบัน พระบรมราชชนกของลัดดาวัลย์ ไวยสุระสิงห์และสุภาวดี นพรุจจินดา (2554) ประกอบด้วยสถานการณ์ 6 สถานการณ์ สถานการณ์ละ 7 ข้อคำถามรวม 42 ข้อคำถาม เป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การตรวจให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนนรวม 42 คะแนน และมีเกณฑ์ การแปลผลคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3 ระดับ

ระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณสูง คะแนนอยู่ในช่วง 34-42 คะแนน

ระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 26-33 คะแนน

ระดับความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณต่ำ คะแนนอยู่ในช่วง 0-24 คะแนน

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. นักวิจัยตรวจสอบสมมติฐานดังต่อไปนี้: 1) การทดสอบความเป็นปกติใช้การทดสอบ Shapiro-Wilk สำหรับขนาดตัวอย่างขนาดเล็ก (< 50 ตัวอย่าง) และ 2) การทดสอบความสม่ำเสมอของความแปรปรวนโดยใช้การทดสอบความเท่าเทียมของความแปรปรวนของ Levene
3. การทดสอบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณคิดของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test
4. การทดสอบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณคิดของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองเป็นไปตามสมมติฐานทางสถิติ ดังนั้นนักวิจัยจึงใช้สถิติพารามิเตอร์ (non-parametric) โดยใช้การทดสอบค่าที่ชนิดสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired t-test)
5. การทดสอบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณคิดของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มควบคุมไม่เป็นไปตามสมมติฐานทางสถิติ independent t-test เรื่องการแจกแจงของข้อมูลดังนั้นนักวิจัยจึงใช้สถิติพารามิเตอร์ (non-parametric) โดยใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนี ยู (Mann-Whitney U) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณคิดของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี เอกสารรับรองหมายเลข EC-020/2566 โดยผู้วิจัยจะชี้แจงการพิทักษ์สิทธิเป็นลายลักษณ์อักษร ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาด้วยตนเองพร้อมทั้งให้เซ็นชื่อยินยอม ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้หรือสามารถถอนตัว จากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล โดยไม่มีผลใดต่อคะแนนในการเรียนการสอนวิชาใดๆ ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะถูกเก็บรวบรวมไว้ในรูปเอกสาร หรืออิเล็กทรอนิกส์ หรือทั้งสองรูปแบบ ซึ่งจะเก็บไว้เป็นความลับจากผู้ไม่มีสิทธิทราบข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง มีเพียงคณะผู้วิจัยที่จะเข้าถึงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอายุของผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 21 ถึง 29 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 22.29 ปี (S.D=1.57) ในกลุ่มควบคุม อายุของผู้เข้าร่วมอยู่ระหว่าง 21 ถึง 23 ปี โดยมีค่าเฉลี่ย 21.262ปี (S.D=0.64) ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง (95.80%) เกรดเฉลี่ย (GPA) อยู่ระหว่าง 2.52 ถึง 3.33 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.99 (SD=0.18) ในกลุ่มทดลอง และอยู่ระหว่าง 2.65 ถึง 3.38 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.99 (S.D=0.21) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในลักษณะทางประชากร

## ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสะท้อนคิด

การทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มอิสระ (independent t-test) ใช้เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มการทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองใช้การสะท้อนคิด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 1.42$ ,  $p = .161$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลก่อนการทดลองใช้การสะท้อนคิด (pre-test) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $n = 48$ )

กลุ่ม	n	M	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	24	16.95	4.23	1.42	46	.161**
กลุ่มควบคุม	24	15.37	3.41			

\*\*  $p < .05$

การทดสอบค่าที ชนิดสองกลุ่มสัมพันธ์กัน (Paired t-test) ใช้เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 6.30$ ,  $p = .000$ ) คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณหลังการทดลองสูงกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสะท้อนคิด ( $n = 24$ )

กลุ่ม	M	SD	t	df	p-value
คะแนนทดสอบก่อนทดลอง (Pretest)	16.95	4.23	6.305	23	.001*
คะแนนทดสอบหลังทดลอง (Posttest)	23.54	2.58			

\*  $p < .01$

## ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ใช้การสะท้อนคิดกับการเรียนการสอนปกติ

จากการทดสอบความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ก่อนการทดลอง (Pre-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในกลุ่มทดลอง มีช่วงคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 8.00 ถึง 23.00 โดยมีค่าเฉลี่ย 16.955 ( $SD = 4.23$ ) และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ตั้งแต่ 10.00 ถึง 22.00 โดยมีค่าเฉลี่ย 15.37 ( $SD = 3.41$ ) จากการทดสอบหลังทดลอง (Post-test) พบว่าคะแนนเฉลี่ย

ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $M = 23.54, SD = 2.58, M = 21.41, SD = 2.56$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่ม	คะแนนทดสอบก่อนทดลอง (Pretest )		คะแนนทดสอบหลังทดลอง (Pretest)	
	M	SD	M	SD
กลุ่มทดลอง (n=24)	16.95	4.23	23.54	2.58
	8.00- 23.00 (Min-Max)		18.00-29.00 (Min-Max)	
กลุ่มควบคุม (n=24)	15.37	3.41	21.41	2.56
	10.00-22.00 (Min-Max)		15.00-25.00 (Min-Max)	

การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลระหว่างนักศึกษาพยาบาลที่ใช้การสะท้อนคิดและนักศึกษาที่ได้รับวิธีการสอนปกติ โดยใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนี ยู (Mann-Whitney U) พบว่าแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = 2.39, p = .017$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Group	Mean rank	Sum of rank	Z	p-value
Experiment (n=22)	29.25	702.00		
Control (n=22)	19.75	474.00	2.39	.017**

\*\*  $p < .05$

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการสะท้อนคิดด้วยการบันทึกระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับการสะท้อนคิดด้วยวาจาทำให้นักศึกษาพยาบาลพัฒนาความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการสะท้อนคิดทั้งสองรูปแบบทำให้นักศึกษาเกิดความตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) เข้าใจความรู้สึกและการกระทำของตนเอง จากการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลผ่านประสบการณ์ โดยการคิดวิเคราะห์ และโต้ตอบ ทำให้เกิดความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา การเขียนบรรยายทำให้พัฒนาความสามารถทบทวนเหตุการณ์ที่สำคัญ สิ่งที่คิด ความรู้สึก

และผลลัพธ์ของสถานการณ์ เป็นผลทำให้เกิดการวิเคราะห์อย่างมีวิจารณ์ญาณ (critical analysis) โดยเกิดความสัมพันธ์ระหว่างวิเคราะห์ความรู้และการวิเคราะห์ความรู้สึก สิ่งเหล่านี้จะให้นักศึกษาเรียนรู้ที่จะให้ความสำคัญกับความรู้ทางด้านบวก และพยายามขจัดความรู้สึกด้านลบ จากประสบการณ์เพื่อค้นหาทางเลือกหรือความรู้ที่เหมาะสมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป (วรรณลี ยอดรักษ์ และณัฐินี ชั่วชมเกต, 2568; สมจิตต์ สีนุชชัย, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล และปิยะรัตน์ หยกสุริยันต์, 2561)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาผลการจัดการเรียนการสอนรูปแบบการเรียนรู้การสะท้อนคิด เพื่อส่งเสริมความสามารถการคิดวิจารณ์ญาณ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณของวรรณลี ยอดรักษ์ และณัฐินี ชั่วชมเกต (2568) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ one group pretest-posttest ในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 จำนวน 58 คน โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้การสะท้อนคิด โดยใช้คำถามการสะท้อนคิด ในวิชาปฏิบัติการพยาบาลเด็ก ผลการวิจัยพบว่าคะแนนการคิดวิจารณ์ญาณหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดอยู่ในระดับสูงมาก ( $p < .01$ ) โดยสามารถพัฒนาความสามารถการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของนักศึกษาพยาบาล ด้านการวิเคราะห์ การประเมิน การอธิบาย การควบคุมตนเองและความรู้สึกด้านบวกกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของประไพ กิตติบุญถวัลย์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาผลการสอนสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณและการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาลเป็นการศึกษาในประชากรนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 108 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย ๆ กลุ่มละ 7-8 คน คณะผลการเรียนและจับฉลากเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะใช้รูปแบบการสะท้อนคิดด้วยคำถาม ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการสะท้อนคิดด้วยการใช้คำถามการสะท้อนคิด สามารถพัฒนาความสามารถการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณได้

แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ ของกลุ่มควบคุมพบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังการฝึกปฏิบัติเช่นเดียวกัน ถึงแม้ว่าก่อนการทดลองจะมีคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณไม่แตกต่างกัน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจากสถานการณ์จริง ก็สามารถช่วยพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณได้ เนื่องจากวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณมีหลายวิธี การฝึกปฏิบัติในคลินิกก็เป็นอีกวิธีที่ทำให้ผู้เรียนการเชื่อมโยงบทเรียนกับโลกแห่งความเป็นจริงหรือการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง (Moeti et al., 2017) จากการศึกษาของนิชริน เจ๊ะมามะ และคณะ (2567) ที่ทำการศึกษา ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มโนทัศน์ และการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีคะแนนความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณหลังเรียนสูงกว่าก่อน เรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) แต่เมื่อพิจารณาถึงขั้นตอนการสอนพบว่าวิธีการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง มีกระบวนการสะท้อนคิดอยู่ในขั้นตอนการจัดการเรียนการสอนเช่นเดียวกัน

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการสะท้อนคิดสามารถพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของนักศึกษาพยาบาลได้ ถึงแม้ว่าจะมีวิธีการสอนที่หลากหลายในการเพิ่มความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของนักศึกษา แต่การสะท้อนคิดก็เป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพ การฝึกฝนให้นักศึกษามีการพัฒนาทักษะการสะท้อนคิดด้วยอาจารย์ร่วมกับการบันทึกการสะท้อนคิด จะช่วยให้นักศึกษาใช้กระบวนการคิดวิเคราะห์ ตั้งคำถามย้อนกลับไปยังสถานการณ์ที่เป็นอยู่เป็นการทบทวน ไตร่ตรองสิ่งที่เกิดขึ้น และพิจารณาผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการปฏิบัติสิ้นสุดลง ทำให้ผู้เรียนวิเคราะห์ใน

สิ่งที่ยังได้เรียนรู้และสิ่งที่ยังไม่รู้ ส่งผลเหล่านี้ทำให้เกิดกระบวนการในการรับรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ การตีความและประเมินข้อมูลอย่างรอบคอบผ่านการสังเกต ประสบการณ์และการสื่อสาร และนำไปการตัดสินใจหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการออกแบบวิธีการสอนให้มีขั้นตอนการสะท้อนคิด ผสมผสานกับวิธีการสอนอื่น ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สอนต้องพิจารณาตามความเหมาะสมของลักษณะวิชาทางการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่ปลอดภัยและมีคุณภาพต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์คุณลักษณะของผู้เรียนที่แตกต่างกัน เพื่อจัดรูปแบบการเรียนรู้ให้มีความสอดคล้องกับรูปแบบการเรียนรู้ของนักศึกษา
2. ควรมีศึกษาวิจัยวิธีการสอนแบบการผสมผสานเพื่อทดสอบประสิทธิผลในการพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เช่น การสะท้อนคิดด้วยวาจาและการบันทึกร่วมกับกรณีศึกษา เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

การศึกษาผลของการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณในครั้งนี้ เป็นการศึกษาในวิชาฝึกปฏิบัติการบริหารการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 4 เพื่อแก้ปัญหาคุณลักษณะของผู้เรียนที่แตกต่างกันในการแสดงความคิดเห็นด้วยการสะท้อนคิดด้วยวาจา ทั้งนี้การนำผลการวิจัยไปใช้ต้องพิจารณาสมรรถนะของนักศึกษาในระดับชั้นปีและความเหมาะสมของรายวิชา เช่น นักศึกษาชั้นปีที่ 1 และ 2 อาจเริ่มต้นจากการเขียนบันทึกการสะท้อนคิด เพื่อนำไปสู่การสะท้อนคิดด้วยวาจา โดยการเปิดโอกาสให้นักศึกษาสะสมประสบการณ์และความเชี่ยวชาญด้านทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ก่อนที่จะนำการสะท้อนคิดทั้งสองรูปแบบมาใช้ในการจัดการเรียนการสอน

### เอกสารอ้างอิง

- ดวงใจ เปลียนบำรุง และปาริฉัตร อุทัยพันธ์. (2563). ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยใช้การเรียนรู้แบบการสะท้อนคิดเพื่อส่งเสริมความสามารถด้านการคิดวิจาร์ณญาณของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(1), 83-93
- นิชรีน เจ๊ะมามะ, นริสา จันทบุรี, มุสลิมห์ โต๊ะแปเราะ, นันทา กาเลี้ยง, และนัจญวาท นียมเดชา. ผลของการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริงร่วมกับการเรียนรู้ผ่านแผนที่มีโน้ตส์และการสะท้อนคิด ต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 11(2), e268098.
- ประไพ กิตติบุญฉวี, เกศแก้ว สอนดี, มุสดี ก่อเจตีย์, และภูวสิทธิ์ สิงห์ประไพ. (2562). ผลการสะท้อนคิดต่อความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณและการปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปกร*, 17(2), 163-171.
- รัตติกร เหมือนนาตอน, ยุพาภรณ์ ทิรไพรวงศ์, เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล และสันติ ยุทธยง. (2562). การพัฒนาการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิด. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 13-25.
- วรรณลี ยอดรักษ์และณัฐินี ชั่วชมเกต. (2568). ผลการจัดการเรียนการสอนรูปแบบการเรียนรู้การสะท้อนคิด

เพื่อส่งเสริมความสามารถในการคิดวิจารณ์ญาณ นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.

*วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 11(1), 205-216.*

ศราวุธ เรืองสวัสดิ์. (2564). การจัดการเรียนการสอนของวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก

ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 4(2), 101-114.*

สมจิตต์ สิ้นรัชชัย, สุดาเดช พิทักษ์ศิริกุลและปิยะรัตน์ หยกสุริยันต์. (2561). การสะท้อนคิดการปฏิบัติในการศึกษา

ทางพยาบาลศาสตร์. *วารสารพยาบาลทหารบก, 19 (2),15-23.*

สภาการพยาบาล. (2553). *สมรรถนะผู้ประกอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์.* นนทบุรี:สภาการพยาบาล.

สุวิมล ขอมผล, จินตวิวิธร์ เป้นแก้ว, ธนัชชนรี สโรบล, เกศราภรณ์ ชูพันธ์, สุมิตรพร จอมจันทร์, และนิตยา บุญลือ.

(2562). การพัฒนาทักษะการคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณโดยใช้การสะท้อนคิด. *พยาบาลสาร, 46(1), 88-101.*

อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, วารุณี เกตุอินทร์,วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก, และสุวรรณี แสงอาทิตย์.(2562). ประสบการณ์เรียนรู้ของ

นักศึกษาพยาบาลผ่านการสะท้อนคิดหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเด็ก. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส*

*ราชนครินทร์, 11(1), 25-37.*

Alfaro-LeFevre, R. (2019). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment.* Elsevier - Health Sciences Division.

Arslan, R., Gulveren, H., & Aydin, E. (2014). A research on critical thinking tendencies and factors that affect critical thinking of higher education students. *International Journal of Business and Management, 9(5), 43.*

Baker, C. R. (1996). Reflective Learning: A Teaching Strategy for Critical Thinking. *Journal of Nursing Education, 35(1), 19-22.* <https://doi.org/doi:10.3928/0148-4834-19960101-06>

Bijani, M., Mohammadi, F., Haghani, F., Yamani, N., & Karim, S. (2021). Development and psychometric evaluation of a reflection on clinical practice questionnaire for nursing students. *BMC Nursing, 20,* 185. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00705-0>

Bezanilla, M. J., Fernández-Nogueira, D., Poblete, M., & Galindo-Domínguez, H. (2019). Methodologies for teaching-learning critical thinking in higher education: The teacher's view. *Thinking skills and creativity, 33,* 100584.

Carbogim, F. d. C., Barbosa, A. C. S., de Oliveira, L. B., de Sá Diaz, F. B. B., Toledo, L. V., Alves, K. R., . . . Püschel, V. A. d. A. (2018). Educational intervention to improve critical thinking for undergraduate nursing students: A randomized clinical trial. *Nurse Education in Practice, 33,* 121-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.10.001>

Cargas, S., Williams, S., & Rosenberg, M. (2017). An approach to teaching critical thinking across disciplines using performance tasks with a common rubric. *Thinking Skills and Creativity, 26,* 24-37. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2017.05.005>

Colley, B. M., Bilics, A. R., & Lerch, C. M. (2012). Reflection: A Key Component to Thinking

- Critically. *The Canadian Journal for the Scholarship of Teaching and Learning*, 3(1).  
<https://doi.org/10.5206/cjsotl-rcacea.2012.1.2>
- Duron, R., Limbach, B., & Waugh, W. (2006). Critical thinking framework for any discipline. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 17(2), 160-166.
- Edwards S. (2017). Reflecting differently. New dimensions: reflection-before-action and reflection-beyond-action. *International Practice Development Journal*, 7(1), 1-14.  
<https://doi.org/10.19043/ipdj.71.002>
- Facione, P. (2015). Critical Thinking: What It Is and Why It Counts. *Insight Assessment*.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.G., & Buchner, A. (2007). G\*Power3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Falcó-Pegueroles, A., Rodríguez-Martín, D., Ramos-Pozón, S., & Zuriguel-Pérez, E. (2021). Critical thinking in nursing clinical practice, education and research: From attitudes to virtue. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals*, 22(1), e12332.  
<https://doi.org/10.1111/nup.12332>
- Fernandes, R., Willison, J., Boyle, C., & Muliasari, D. (2025). Teachers' Perceptions of Critical Thinking Facilitation in English Language Classes in an Indonesian High School. *Educational Studies*, 61(1), 22–39. <https://doi.org/10.1080/00131946.2025.2467904>
- Gibbs, G. (1998). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford Brooks University, Oxford.
- Golden, B. (2023). Enabling critical thinking development in higher education through the use of a structured planning tool. *Irish Educational Studies*, 42(4), 949–969.  
<https://doi.org/10.1080/03323315.2023.2258497>
- Grohs, J. R., Kirk, G. R., Soledad, M. M., & Knight, D. B. (2018). Assessing systems thinking: A tool to measure complex reasoning through ill-structured problems. *Thinking Skills and Creativity*, 28, 110-130. <https://doi.org/10.1016/j.tsc.2018.03.003>
- Hora, M. T., & Smolarek, B. B. (2018). Examining Faculty Reflective Practice: A Call for Critical Awareness and Institutional Support. *The Journal of Higher Education*, 89(4), 553–581.  
<https://doi.org/10.1080/00221546.2018.1437663>
- Lopes Ribeiro, O. M. P., Trindade, L. L., Pinto Novo, A. F. M., da Rocha, C. G., Sousa, C. N., Cabral Teles, P. J. F., . . . Ventura-Silva, J. M. A. (2022). The COVID-19 Pandemic and Professional Nursing Practice in the Context of Hospitals. *Healthcare (Basel)*, 10(2).  
<https://doi.org/10.3390/healthcare10020326>

- Makhene A. (2017). Argumentation: A Methodology to Facilitate Critical Thinking. *International journal of nursing education scholarship*, 14(1), 20160030. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2016-0030>
- Martyn, J., Terwijn, R., Kek, M. Y., & Huijser, H. (2014). Exploring the relationships between teaching, approaches to learning and critical thinking in a problem-based learning foundation nursing course. *Nurse education today*, 34(5), 829–835. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.04.023>
- Moeti, B., Mgawi, R. K., & Moalosi, W. T. S. (2017). Critical Thinking among Post-Graduate Diploma in Education Students in Higher Education: Reality or Fuss?. *Journal of Education and Learning*, 6(2), 13-24. <http://dx.doi.org/10.5539/jel.v6n2p13>.
- Noblitt, L., Vance, D. E., & Smith, M. L. D. (2010). A comparison of case study and traditional teaching methods for improvement of oral communication and critical-thinking skills. *Journal of College Science Teaching*, 39(5), 26.
- Nold, H. (2017). Using Critical Thinking Teaching Methods to Increase Student Success: An Action Research Project. *International Journal of Teaching and Learning in Higher Education*, 29(1), 17-32.
- Orique, S. B., & McCarthy, M. A. (2015). Critical Thinking and the Use of Nontraditional Instructional Methodologies. *The Journal of nursing education*, 54(8), 455–459. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150717-06>
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7<sup>th</sup> Ed). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Rashid, S., & Qaisar, S. (2016). Developing Critical Thinking through Questioning Strategy among Fourth Grade Students. *Bulletin of Education and Research*, 38(2), 153-168.
- Johns, C. (2000). *Becoming a Reflective Practitioner*. London: Blackwell Science.
- Papathanasiou, I. V., Kleisaris, C. F., Fradelos, E. C., Kakou, K., & Kourkouta, L. (2014). Critical thinking: the development of an essential skill for nursing students. *Acta Informatica Medica*, 22(4), 283-286. <https://doi.org/10.5455/aim.2014.22.283-286>
- Sharples, J. M., Oxman, A. D., Mahtani, K. R., Chalmers, I., Oliver, S., Collins, K., Austvoll-Dahlgren, A., & Hoffmann, T. (2017). Critical thinking in healthcare and education. *BMJ (Clinical research ed.)*, 357, j2234. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2234>

# ผลการเปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐ 2สแบบปกติ กับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด

พิณรวี สิงห์โต, พย.ม.\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อ เปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐ 2ส แบบปกติ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการตรวจรักษาที่หน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอโพธาราม จำนวน 96 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 48 ราย กลุ่มทดลองจะใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดทฤษฎี Trans-Theoretical Mode (TTM) ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change Theory) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับความรู้ แนวทาง 3๐2ส แบบปกติโดยเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าน้ำตาลสะสม ( A1c) ด้วยสถิติอ้างอิง Chi square test, Independent t –test, paired t-test และ relative risk (RR)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม(A1c) แตกต่างกัน ( $p<.001$ ) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (A1c) ลดลงจาก 8.62 ลงมาที่ 6.69 และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม(A1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดมีค่าระดับน้ำตาลสะสม(A1c) ลดลงแตกต่างจากกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ ( $p<.001$ ) โดยกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (A1c) อยู่ที่ 6.69 กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (A1c) อยู่ที่ 8.68

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยเบาหวาน

โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

Correspoing E-mail: pinrawee13@gmail.com

(Received: February 13, 2025; Revised: April 30, 2025; Accepted: April 30, 2025)

## Comparative results of blood sugar control in type 2 diabetes patients between the use of the 3A 2S behavior modification program and the strict behavior modification program

Pinrawee Singhato, M.N.S.\*

### Abstract

This research was a quasi-experimental research to compare the control of blood sugar levels in type 2 diabetic patients between the control group receiving the regular 3A2S behavior modification program and the experimental group receiving the strict behavior modification program. In 96 type 2 diabetic patients who received treatment services at the primary care unit in Photharam District, they were divided into a control group and an experimental group, 48 patients in each group. The experimental group used the strict behavior modification program developed by the researcher based on the concept of Trans-Theoretical Mode (TTM), Stage of Change Theory, and health belief model. The control group received care according to the regular 3A2S approach by primary care unit staff. Data were analyzed using descriptive statistics, frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and comparative analysis of blood sugar values (A1c) using the Chi square test, Independent t-test, paired t-test, and relative risk (RR) statistics.

The results of the study found that the mean accumulated sugar (A1c) levels of type 2 diabetic patients before and after participating in the strict behavior modification program were different ( $p < .001$ ). After participating in the program, the mean accumulated sugar (A1c) levels decreased from 8.62 to 6.69. The results of the comparison of the mean differences in accumulated sugar (A1c) levels of type 2 diabetic patients in the 3A2S behavior modification program group with the normal type and the strict behavior modification program group after participating in the program showed that the strict behavior modification program group had a lower accumulated sugar (A1c) level than the 3A2S behavior modification program group with the normal type ( $p < .001$ ). The strict behavior modification program group had a mean accumulated sugar (A1c) level of 6.69, and the 3A2S behavior modification program group had a mean accumulated sugar (A1c) level of 8.68

Keywords: intensive behavior modification program 3A2S behavior modification program  
blood sugar control diabetic patients

---

\*Photharam Hospital, Ratchaburi Province

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนทั่วโลก ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการดูแลตนเอง เนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป โรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและเป็นสาเหตุของการสูญเสียทางสุขภาพ ทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ส่งผลต่อปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นอย่างมาก โรคเบาหวานยังคงเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขที่ร้ายแรงและเติบโตอย่างรวดเร็ว IDF Diabetes Atlas ประมาณการว่าผู้ใหญ่ 589 ล้านคนที่มีอายุระหว่าง 20–79 ปีใช้ชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานในปี 2024 และคาดว่าตัวเลขนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านคนภายในปี 2050 โรคเบาหวานประเภท 2 (T2DM) ซึ่งคิดเป็น 90% ถึง 95% ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด สร้างภาระหนักให้กับบุคคล ครอบครัว และระบบการดูแลสุขภาพ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดยังคงไม่ได้รับการวินิจฉัย หากไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคจอประสาทตา โรคเส้นประสาทอักเสบ และโรคตับ หากได้รับการวินิจฉัยในระยะเริ่มต้นและเข้าถึงการรักษา และการสนับสนุนที่เหมาะสม เบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมได้ และป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องได้ ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีหลักฐานเพิ่มมากขึ้นที่บ่งชี้ว่าโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาจหายได้ในระยะเริ่มต้นของโรค ดังนั้น การตรวจพบในระยะเริ่มต้น การจัดการที่มีประสิทธิภาพ และกลยุทธ์การป้องกันจึงมีความจำเป็นเพื่อจัดการกับภาระที่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อขึ้นกับบุคคลและครอบครัว (International Diabetes Federation, 2025)

ประเทศไทยมีแนวทางระบบการดูแลจัดการผู้ป่วยเบาหวาน โดยระบบบริการจะให้ความสำคัญตั้งแต่การคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อได้รับการตรวจและวินิจฉัย เข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว ซึ่งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน คือ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อให้การดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอาการไม่รุนแรงขึ้น (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2566) ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยเบาหวานเป็นการใช้ยารับประทาน และการใช้ยาฉีดอินซูลินในกรณีผู้ป่วยขาดอินซูลิน ทั้งนี้การรักษาด้วยยาในผู้ป่วยต้องอาศัยทักษะการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งการใช้ยาในผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารการเลือกชนิดอาหาร การไปตรวจรับยาตามนัด การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย รวมไปถึงการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ผลลัพธ์ของการรักษาจะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาล การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และโรคร่วม รวมถึงพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (สุนันทา คำเพชรดี, 2567)

การดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอโพธารามได้มีการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยในคลินิกโรคเบาหวานจะมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขณะรอตรวจ และมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้องค์ความรู้ 3อ2ส การให้บริการผู้ป่วยมีลักษณะเหมือนกันทุกระดับ แต่จากการตรวจเลือดชุดใหญ่ประจำปี 2567 พบ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี มีระดับ A1c มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 7 ทั้งหมด 622 คน คิดเป็น 42.89% ซึ่งระดับน้ำตาลสะสมที่สูงนี้ จะมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวันอันควร ส่งผลกระทบต่อการ

ดำรงชีวิต ภาวะเศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งประเทศชาติ (ณัฐจิรวรรณ พันธุ์มุง, 2567) จาก การทบทวนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ พบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมาเน้นใช้รูปแบบ บรรยาย ไม่มีการตั้งเป้าหมาย ติดตาม หรือ กระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานกำกับตนเองเป็นรายบุคคล รวมทั้งการให้ คำแนะนำที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรมและวิถีชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานทำให้ขาดทักษะการจัดการตนเองและขาด ความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผู้วิจัยจึงไปทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด กิจกรรมการพยาบาลที่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดการตนเองหรือมีการดำเนินการอย่างมีแบบแผนที่มีมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ให้มีความสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมและต่อเนื่องพบว่ามีทฤษฎี Trans-Theoretical Mode (TTM) ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change Theory) และแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ มาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบโดยกองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุม โรค เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อเป็นแรงขับเคลื่อน ในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของแต่ละรายบุคคลตามแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ เข้าสู่ระยะสงบ (REMISSION SERVICE) (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค 2566) จากการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวด พบว่า คะแนนเฉลี่ยค่าน้ำตาลสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(อวัตตา เหลืองอุดมชัย ,นลินรัตน์ ชูจันทร์, 2566) และคาดหวังให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานอย่างยั่งยืน รวมถึงลดและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes Remission)(ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย,2565) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ให้ห่างไกลภาวะแทรกซ้อนที่เฉียบพลันและเรื้อรัง ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาผลการเปรียบเทียบการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ระหว่างการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส แบบปกติ กับโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการให้กับประชาชนได้เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้รับการดูแล ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และลดภาระทางเศรษฐกิจได้อย่างมาก

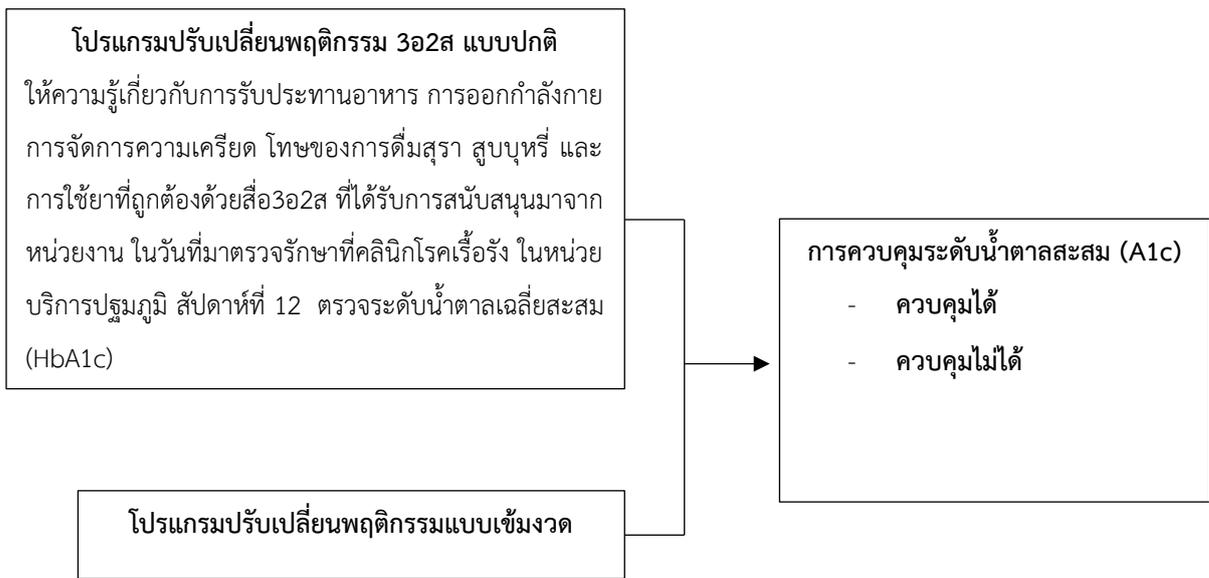
### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่ม ควบคุมที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ2ส แบบปกติ กับกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบเข้มงวด

### กรอบแนวคิด

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิด Trans-Theoretical Mode (TTM) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแนวคิด TTM เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามระยะ ของความพร้อมของบุคคลซึ่งมี 5 ระยะได้แก่ 1) ระยะก่อนมีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Precontemplation) 2) ระยะมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Contemplation) 3)ระยะเตรียมการ (Preparation) 4) ระยะปฏิบัติการ (Action) 5) ระยะพฤติกรรมคงที่ (Maintenance) แต่ละระยะบุคคลสามารถ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นลงได้ตลอดเวลาตามปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรู้ ความเชื่อ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปบุคคลจำนวนมากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ไม่นานก็กลับคืนสู่พฤติกรรมเดิมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จนั้นพฤติกรรมใหม่ควรอยู่อย่างยั่งยืนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จต้องใช้ความพยายามอดทน การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบุคคลตั้งแต่ระยะมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบกับแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบ ด้วยปัจจัยสำคัญ คือ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมโดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังนี้ (จิราพร ศรีพิบูลย์บัตติ, 2563)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด (ครั้งละ 2 ชั่วโมง)**

	ครั้งที่ /กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1	เป็นกิจกรรมสร้างความตระหนักและกระตุ้นให้ตื่นตัว ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะดื้ออินซูลิน การกินแบบจำกัดช่วงเวลา (Intermittent Fasting) การออกกำลังกาย กำหนดเป้าหมายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
สัปดาห์ที่ 2-3	กิจกรรมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ พุดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องการกินแบบจำกัดช่วงเวลา (Intermittent Fasting) การออกกำลังกาย ชมเชย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนตามความรู้ที่ได้ในสัปดาห์ที่ 1 ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง และให้การดูแลที่สอดคล้องกับขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงนั้นๆ
สัปดาห์ที่ 4	ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจหลักการควบคุมอาหารแบบ Low Carb อาหารแลกเปลี่ยนปริมาณโปรตีนที่เหมาะสม การเลือกไขมันดี การอ่านฉลากโภชนาการ เจาะน้ำตาลปลายนิ้วเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 5-6	พูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องการควบคุมอาหารแบบ Low Carb อาหารแลกเปลี่ยนปริมาณโปรตีนที่เหมาะสม การเลือกไขมันดี การอ่านฉลากโภชนาการ ชมเชย ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำปรึกษา ปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนความรู้ที่ได้จากสัปดาห์ที่ 4 ประเมินสภาวะผู้ป่วย ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว น้ำหนัก และอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและให้การดูแลที่สอดคล้องกับขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงนั้นๆ
สัปดาห์ที่ 7	ให้ความรู้และอธิบายกลไกการออกฤทธิ์ของยาอย่างง่าย ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างถูกต้องตรงเวลา การปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยลืมทานยา การรับประทานยาให้สัมพันธ์กับการกินแบบจำกัดช่วงเวลา
สัปดาห์ที่ 8	พูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องการรับประทานยาให้สัมพันธ์กับการกินแบบจำกัดช่วงเวลา ชมเชย ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาปัญหาอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนตามความรู้ที่ได้จากสัปดาห์ที่ 7 ประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและให้การดูแลที่สอดคล้องกับขั้นตอน การเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เสนอน้ำตาลปลายนิ้วเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด
สัปดาห์ที่ 9-11	ติดตามประเมินความก้าวหน้าของการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (และครอบครัว) ปรับเป้าหมายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุป การควบคุมระดับน้ำตาล ปรับเปลี่ยนวิธีการรายบุคคล
สัปดาห์ที่ 12	ตรวจระดับน้ำตาลสะสม (A1c)

## รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (two group pre-post test design) เพื่อศึกษาการเปรียบเทียบผลการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 302ส แบบปกติ กับกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2567

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ในช่วง เดือนกุมภาพันธ์ 2567 - เมษายน 2567

### กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการหาค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของ Bernard (2000) โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากงานวิจัยของ สุริยะ คูหะรัตน์ (2562) ที่การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม DPACrb Ketogenic Diet ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ากลุ่มที่รับโครงการ DPACrb KD ควบคุมได้ ร้อยละ 46.67 และกลุ่มที่ไม่รับโครงการ DPACrb KD ควบคุมได้ร้อยละ 20.00 จึงได้นำมาแทนค่าในสูตร ได้ดังนี้

$$n_{trt} = \left[ \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(\text{outcome}|\text{treatment}), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(\text{outcome}|\text{control}), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{con}}{n_{trt}}$$

Proportion in group1 ( $p_1$ ) = 0.4667

Proportion in group2 ( $p_2$ ) = 0.2000

ratio ( $r$ ) = 1.00

Alpha ( $\alpha$ ) = 0.05,  $Z(0.975)$  = 1.959964

Beta ( $\beta$ ) = 0.20,  $Z(0.800)$  = 0.8416212

$n$  = 96 คน

จากการคำนวณได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 48 คน รวมทั้งหมด 96 คน

เกณฑ์คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 อายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ลงทะเบียนเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่า 3 ปี มีผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมมากกว่า 7

2. ไม่มีโรคและภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวาน โดยคัดเลือกจาก ICD 10 การวินิจฉัยของแพทย์

3. สามารถ อ่าน ออก เขียนได้

4. ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาและสามารถร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดจนครบ

เกณฑ์คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม3๐2สแบบปกติและโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดได้ตามระยะเวลาการศึกษา

2. ไม่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดในระหว่างการศึกษา

3. ตรวจพบโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนระหว่างการศึกษา

เกณฑ์การตัดออกจากงานวิจัย (Discontinuing criteria)

1. ย้ายที่อยู่

2. มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการดำเนินการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง**

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แนวคิดทฤษฎี Trans-Theoretical Mode (TTM) ทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change Theory) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2566)

2. คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและระบบเผาผลาญและการใช้อินซูลิน อาหารและสารอาหาร ติดตามน้ำตาลหลังอาหารและ

ความสำคัญของน้ำตาลหลังอาหาร อาหารพร่องแป้งหรือ Low carb ฉลาดรู้ ฉลาดเลือก การงดอาหารเป็นช่วง หรือ IF การออกกำลังกาย

3. แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้บันทึกการปฏิบัติเพื่อทบทวนแก้ไข

4. สื่อการสอนเรื่อง ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและระบบเผาผลาญและการดื้ออินซูลิน อาหารและสารอาหารติดตามน้ำตาลหลังอาหารและความสำคัญของน้ำตาลหลังอาหาร อาหารพร่องแป้งหรือ Low carb ฉลาดรู้ ฉลาดเลือก การงดอาหารเป็นช่วง หรือ IF การออกกำลังกาย

5. เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดเจาะปลายนิ้ว

### การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด คู่มือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด แบบบันทึกการปฏิบัติพฤติกรรม และสื่อการสอน ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์แพทย์เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พยาบาลประจำคลินิกเบาหวาน พยาบาลเชี่ยวชาญด้านโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวาน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity Index : CVI) เท่ากับ 0.92

### การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโพธารามเลขที่ 003/2567 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2567 และทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วม โดยการทำเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาของกระบวนการวิจัยโดยไม่จำเป็นต้องอธิบายเหตุผล อีกทั้งไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ในการดูแลรักษาการให้บริการที่ได้รับ และยินดีให้ข้อมูลเหมือนเดิม ข้อมูลทุกอย่างที่ผู้วิจัยได้รับ จะถือเป็นความลับและนำเสนอผลโดยภาพรวมเพื่อผลประโยชน์ทางการแพทย์และการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในอนาคต

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ และ กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test และ Independent t –test

2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาล A1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ paired t-test

3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาล A1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. เปรียบเทียบการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ด้วยการวิเคราะห์ relative risk (RR) โดยการประมาณ ค่าขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI)

## ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 96 รายแบ่งเป็นกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวดกลุ่มละ 48 ราย พบว่าข้อมูลทั่วไปทางด้านเพศมีความคล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ มีเพศชายร้อยละ 16.7 เพศหญิงร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ยที่ 56.27 น้ำหนักเฉลี่ยที่ 66.72 ค่าBMI เฉลี่ยที่ 27.67 ค่าA1c เฉลี่ยที่ 9.09 กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มงวดมีเพศชายร้อยละ 27.1 เพศหญิงร้อยละ 72.9 อายุเฉลี่ยที่ 56.33 น้ำหนักเฉลี่ยที่ 66.74 ค่าBMI เฉลี่ยที่ 26.93 และค่า A1c เฉลี่ยที่ 8.62 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

2. แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย A1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย A1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=48)

กลุ่มตัวอย่าง		M	SD	t	p-value
กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ	ก่อน	9.09	1.59	1.87	0.07
	หลัง	8.64	1.66		

กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ มีค่าเฉลี่ยA1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยA1c ลดลงจาก 9.09 ลงมาที่ 8.64

3. แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย A1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย A1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=48)

กลุ่มตัวอย่าง		M	SD	t	p-value
กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด	ก่อน	8.62	1.42	7.325	<.001
	หลัง	6.69	.98		

กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบเข้มงวด มีค่าเฉลี่ย A1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P<.001$ ) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยA1c ลดลงจาก 8.62 ลงมาที่ 6.69

4. แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด A1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดหลังเข้าร่วมโปรแกรม ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด A1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดหลังเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	หลังเข้าร่วมโปรแกรม		t	p-value
	M	SD		
กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติ	8.68	1.66	7.01	<.001
กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบเข้มงวด	6.69	.98		

กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด มีค่าเฉลี่ย A1c ลดลงแตกต่างจากกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .001$ ) โดย กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด มีค่าเฉลี่ย A1c อยู่ที่ 6.69 กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติมีค่าเฉลี่ย A1c อยู่ที่ 8.68

5 . เปรียบเทียบการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ด้วยการใช้การวิเคราะห์ relative risk (RR) โดยการประมาณ ค่าขอบเขตความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95%CI)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด

ตัวแปรต้น	ตัวแปรตาม				RR	95%CI
	คุมได้		คุมไม่ได้			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
แบบปกติ	2	4.3	46	92		
แบบเข้มงวด	44	95.7	4.0	8.0	11.5	4.49-29.44

ผลการเปรียบเทียบการคุมระดับน้ำตาลสะสม (A1c) กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด พบว่า กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด สามารถคุมระดับน้ำตาลสะสม (A1c) ได้ดีกว่ากลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติ 11.5 เท่า

#### อภิปรายผล

กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติ มีค่าเฉลี่ย A1c ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกัน โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ย A1c ลดลงจาก 9.09 ลงมาที่ 8.64 ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (A1c) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (A1c) ลดลงจาก 8.62 ลงมาที่ 6.69 และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (A1c) ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๒ส แบบปกติ และกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่ม

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดมีค่าระดับน้ำตาลสะสม (A1c) ลดลงแตกต่างจากกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .001$  โดยกลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (A1c) อยู่ที่ 6.69 กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสม (A1c) อยู่ที่ 8.68 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด สามารถคุมระดับน้ำตาลสะสม (A1c) ได้ดีกว่ากลุ่มโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3๐2ส แบบปกติ 11.5 เท่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราพร ศรีพิบูลย์บัตติ (2563) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่ำกว่าก่อนการทดลอง คือ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (A1c) 8.51 และหลังการทดลอง 8.00 ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัย อธิภาพ เสาทอง (2563) ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศิขรภูมิ หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสม (A1c) ลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .013$ ) แต่ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ( $p = .697$ ) โดยกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงเล็กน้อย ( $p = .207$ ) และพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสม (A1c) ในเลือดลดลงร้อยละ 0.55 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับน้ำตาลสะสม (A1c) ในเลือดลดลง ร้อยละ 0.39

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด ควรถูกนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้เป็นแนวทางในการดูแล สนับสนุน ติดตาม ประเมิน ชี้แนะและให้กำลังใจ โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีส่วนร่วม ได้รับทราบถึงการดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ให้อยู่ในเกณฑ์คนปกติได้

2. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวด สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกของโรงพยาบาล โดยมีการนำวิธีการ แต่ละขั้นตอน เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบผลระดับน้ำตาลสะสม (A1c) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มงวดเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม

2. อาจศึกษาโดยนำโปรแกรมพฤติกรรมแบบเข้มงวดไปใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้เปลี่ยนเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้ยารับประทานอยู่ได้โดยไม่ต้องใช้ยา

## เอกสารอ้างอิง

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2566).*แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ*

<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1517720240105042138.pdf>{internet}

จิราพร ศรีพิบูลย์บัณฑิต.2563 ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อค่าระดับน้ำตาลและน้ำตาลสะสมของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์.*วารสารการพยาบาลและการศึกษา*,13 (2), 47-60.

ณัฐฉิวรรณ พันธุ์มุง,ชนิษฐา ศรีสวัสดิ์,พินิดา เจริญกรุงและศศิภรณ์ สารแสง. (2567). ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 20(2), 17-26.

ทิพาพร ธาระวานิช. 2568. *หลักการและแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.

ธีรภาพ เสาทอง.2563 ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่2ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้.*วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 19-32.

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2565). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.

สุนันทา คำเพชรดี. (2567). รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเองในคลินิกโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(4), 139-149

สุริยะ คุหะรัตน์ (2562) ประสิทธิภาพของโปรแกรม DPACrb Ketogenic Diet ในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี.*วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31 ฉบับเพิ่มเติม 2 , 365-375.

อวิตธา เหลืองอุดมชัย,นลินรัตน์ ชูจันทร์. (8 ธันวาคม 2566). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มงวดต่อระดับน้ำตาลในเลือดและดัชนีมวลกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี*. <https://ssjnonthaburi.moph.go.th/nont-oa/>

IDF Global Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes. (2025).

*International Diabetes Federation. IDF Global Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes*. <https://idf.org/t2d-cpr-2025>



คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี  
พ.ศ. 2561

.....  
คำแนะนำ การส่งผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี  
พ.ศ. 2561

.....  
เพื่อให้การจัดทำวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 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. ข้อกำหนดการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี มีดังต่อไปนี้
  - 1.1. เป็นผลงานวิชาการทั้งภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข วิทยาศาสตร์ สุขภาพและการศึกษาพยาบาลและสุขภาพ
  - 1.2. ผลงานวิชาการต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน ยกเว้นเป็นผลงาน วิชาการที่ได้นำ เสนอในการประชุมทางวิชาการที่ไม่มี Proceedings และผู้เขียนจะต้องไม่ส่งบทความเพื่อไปตีพิมพ์ใน วารสารฉบับอื่นในเวลาเดียวกัน
  - 1.3. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควร ไม่น้อย กว่า 2 คน
  - 1.4. กองบรรณาธิการจะแจ้งผลการพิจารณาการลงตีพิมพ์ในวารสารหลังจากผ่านการประเมินจากโดย ผู้ทรงคุณวุฒิและกองบรรณาธิการเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
  - 1.5. หากผลงานวิชาการใดได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ เจ้าของผลงานวิชาการจะต้องแก้ไขต้นฉบับให้เสร็จ และส่งคืนกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด มิฉะนั้น จะถือว่าสละสิทธิ์การตีพิมพ์
  - 1.6. ผลงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใด สถาบันหนึ่ง (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) ท้ายบทความ สำหรับแนวทางการเขียนเอกสารอ้างอิง โดยใช้ระบบของ APA 7<sup>th</sup> รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association. มีรายละเอียด ดังนี้

ผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศให้ลงนามสกุลตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค 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 เท็ชรภูมิ. (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 พานิชย์สวຍ, สุมน ไวยบุญญา, พัชรพร ศุภกิจ, และรัตนกร หลวงแก้ว. (2562). ผลของการใช้บทเรียน PISA

/////// ที่มีต่อความสามารถด้านทักษะกระบวนการทางคณิตศาสตร์ ของนักเรียนระดับประถมศึกษา.

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

##### 4.3 วิทยานิพนธ์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่) ./ชื่อวิทยานิพนธ์./ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท/ปริญญาตรีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์หรือวิทยานิพนธ์

///////ปริญญาโท/ปริญญาตรีบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์] ./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////////นครสวรรค์. <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. การตั้งค่าหน้ากระดาษ 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 วารสารอื่นกองบรรณาธิการจะดำเนินการถอดถอนเรื่องของผู้นิพนธ์ออกจากการลงตีพิมพ์ของวารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุพรรณบุรีทันทีที่พบความจริง รวมทั้งถอนรายชื่อของผู้นิพนธ์ออกจากส่วนที่เกี่ยวข้องกับวารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี สุพรรณบุรี และไม่รับบทความวิชาการหรือบทความวิจัยลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี 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

