



วารสาร

สาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education

2025

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2568
Vol.5 No.2 May-August 2025
ISSN 2985-251X (Online)



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
<https://scphub.ac.th>





วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education)

ISSN 2985-251X (Online)

ขอบเขตการตีพิมพ์

- ด้านการสาธารณสุข (Public Health)
- ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences)
- ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)
- ด้านสุขภาพศึกษา (Health Education)
- ด้านทันตสาธารณสุข (Dental Public Health)
- ด้านการพยาบาล (Nursing)

ประเภทของบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)

ภาษาที่รับตีพิมพ์

- ภาษาไทย (Thai)
- ภาษาอังกฤษ (English)

กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

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

กระบวนการพิจารณาบทความ

- บทความทุกบทความของวารสาร ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจากหลากหลายสถาบัน จำนวน 3 ท่าน ซึ่งไม่ได้สังกัดเดียวกันกับผู้นิพนธ์
- การประเมินเป็นแบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-Blind Review)

ค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความ

- บุคคลภายใน (สังกัดวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี) บทความละ 2,500 บาท
- ศิษย์เก่าวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี บทความละ 3,000 บาท
- บุคคลภายนอก บทความละ 3,500 บาท

หมายเหตุ กองบรรณาธิการจะไม่คืนเงินค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิปฏิเสธการตีพิมพ์ หรือกรณีที่ผู้เขียนบทความขอยกเลิกบทความ หลังจากบทความเข้าสู่กระบวนการ Review ส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแล้ว

ขั้นตอนการชำระค่าธรรมเนียมบทความ

1. กองบรรณาธิการ แจ้งให้ผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากที่ยื่นบทความผ่านกระบวนการปรับแก้เบื้องต้น (Pre review) แล้ว
2. ผู้นิพนธ์/ผู้วิจัย ชำระค่าธรรมเนียมเพื่อประเมินบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ ชื่อบัญชี วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ร่วมกับชมรมศิษย์เก่า ธนาคารกรุงไทย ประเภทออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 662-5-42917-1
3. ส่งหลักฐานการโอนเงินในระบบของวารสารมายังช่องทาง Review Discussions พร้อมแจ้งข้อมูลชื่อ สกุล และสังกัด สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน และที่อยู่สำหรับจัดส่งใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
4. กองบรรณาธิการตรวจสอบหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม
5. กองบรรณาธิการออกใบเสร็จรับเงินส่งให้ผู้นิพนธ์/ผู้วิจัยในระบบของวารสาร
6. กองบรรณาธิการส่งใบเสร็จรับเงินฉบับจริงให้ผู้นิพนธ์/ผู้วิจัย ในกรณีที่แจ้งความประสงค์ไว้เท่านั้น

ขั้นตอนการประเมินบทความ

1. กองบรรณาธิการกลั่นกรองบทความหลังจากที่บทความส่งเข้ามายังระบบของวารสาร
2. แจ้งผู้เขียนบทความให้ปรับแก้เบื้องต้น (Pre-review) ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
 - 2.1 กรณีปรับแก้บทความเบื้องต้นแล้ว แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมบทความ
 - 2.2 กรณีปรับแก้บทความเบื้องต้นไม่สมบูรณ์ แจ้งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้อีกครั้ง
 - 2.3 กรณีผู้นิพนธ์ไม่ปรับแก้ ปฏิเสธบทความ
3. หลังจากผู้นิพนธ์ชำระค่าธรรมเนียมบทความแล้ว นำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ (Review)
 4. บทความที่ผ่านการประเมิน มีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิน้อย 2 ครั้ง หรือจนกว่าบทความจะสมบูรณ์ จึงเข้าสู่กระบวนการเผยแพร่ตีพิมพ์
 - 4.1 กรณีที่ปรับแก้บทความไม่สมบูรณ์ แจ้งผู้นิพนธ์ปรับแก้อีกครั้ง
 - 4.2 กรณีที่ไม่ปรับแก้บทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ปฏิเสธการตีพิมพ์

5. วารสารออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ หลังจากที่คุณผู้พิมพ์แก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือจนกว่ากองบรรณาธิการพิจารณาแล้วว่าบทความสามารถเผยแพร่ตีพิมพ์ได้

คำแนะนำทั่วไป

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารเป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างรอการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์จากวารสารอื่น
2. กระบวนการดำเนินการวิจัยต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยขั้นตอนการ Submission บทความ ขอให้แนบส่งสำเนาเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความได้รับความยินยอมในการเผยแพร่ตีพิมพ์จากทีมวิจัยทุกคน
4. บทความเตรียมในรูปแบบของไฟล์ Microsoft Word
5. บทความจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบ Template ที่วารสารกำหนดทั้งเนื้อหาบทความ และรูปแบบการอ้างอิง จากคำแนะนำการเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ (Author Guidelines) วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education) ISSN 2985-251X (Online)
6. กองบรรณาธิการวารสารจะพิจารณาออกหนังสือตอบรับตีพิมพ์ หลังจากที่คุณผู้พิมพ์ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้พิมพ์ได้แก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วเท่านั้น
7. บทความที่ทางกองบรรณาธิการออกหนังสือตอบรับตีพิมพ์ไปแล้ว หากผู้พิมพ์ขาดการติดต่อในขั้นตอนหลังการประเมิน หรือขาดการติดต่อการแก้ไขบทความเพิ่มเติมก่อนการเผยแพร่ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการขอปฏิเสธการตีพิมพ์บทความของท่านในฉบับที่ออกหนังสือตอบรับไปแล้ว แต่ท่านสามารถตีพิมพ์บทความหลังจากที่แก้ไขบทความสมบูรณ์แล้วในฉบับต่อไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ
8. กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์อ่านและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดเป็นครั้งสุดท้ายและแจ้งให้ยืนยันการเผยแพร่ตีพิมพ์ หากไม่ได้รับการยืนยันเผยแพร่ตีพิมพ์จากผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่เผยแพร่บทความตีพิมพ์จนกว่าจะได้รับการยืนยันให้เผยแพร่ตีพิมพ์จากผู้พิมพ์ หากผู้พิมพ์ขาดการติดต่อ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์การตีพิมพ์บทความในวารสารฉบับดังกล่าว แต่ท่านสามารถตีพิมพ์บทความได้ในฉบับต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ
9. เนื้อหาของบทความรวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา เป็นเพียงความคิดเห็นของผู้พิมพ์เท่านั้น กองบรรณาธิการจะไม่รับผิดชอบต่อความผิดพลาดของเนื้อหาบทความที่เผยแพร่ไปแล้ว
10. บทความที่เผยแพร่ออนไลน์ไปแล้ว หากกองบรรณาธิการตรวจสอบพบว่าผิดหลักจริยธรรมการวิจัย เช่น การคัดลอกผลงาน (Plagiarism) การสร้างข้อมูลเท็จ (Fabrication) หรือพบการดัดแปลงข้อมูล (Falsification) บรรณาธิการสามารถถอนบทความออกได้ (Retracted) ทันที



กองบรรณาธิการ วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

ที่ปรึกษา

ดร.นิธิศ ธาณี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
นายแพทย์สุรพร ลอยหา	มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการวารสาร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

รองบรรณาธิการวารสาร

อาจารย์แก้วใจ มาลีลัย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการประจำบท

อาจารย์แก้วใจ มาลีลัย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ปิยะณัฐก์ จันทวารีย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.นฤมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ธวัชชัย เต็มใจ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปทีปการ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
นายแพทย์ ดร.ขวัญชัย กุมภาพงษ์	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

ทันตแพทย์หญิง ดร.ภักขิสา คนสุภาพ	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.พงศ์พิชญ์ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาสริน ศุกลักษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี คณะพยาบาลศาสตร์
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

Kent Hamilton	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ฝ่ายสนับสนุน

นางสีมร โกสียบุตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
นายศรเพชร ไตรศรี	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการแถลง

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา มุ่งเน้นเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการ ด้านการสาธารณสุข (Public Health) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) วิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health Sciences) ด้านทันตสาธารณสุข (Dental Public Health) ด้านการพยาบาล (Nursing) และด้านสุขภาพศึกษา (Health Education) กระบวนการพิจารณาบทความผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจากหลากหลายสถาบันแบบ Double-Blind Review ซึ่งวารสารถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มที่ 2 (TCI 2) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572 นั้น

การเผยแพร่ผลงานผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษานั้น ปีนี้วารสารเข้าสู่ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม 2568 มีการเผยแพร่บทความวิจัยจำนวนทั้งหมด 19 บทความ จึงเรียนมาเพื่อทราบ

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
1.	การศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระดับการติดนิโคตินและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า A study on The Relationship and Predictive Power of Nicotine Addiction Levels and Depression in Adolescents Who Vape ธิดารัตน์ คณิงเพียร*, รศศิกัญจน์ พลจำรัสพัชญ์ และรัตนา คำศรี Thidarat Khanuengpian*, Rasikan Pholjamratpat and Rattana Kamsri	e274532
2.	ผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม Effects of Case Management Model on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes of Ban Lan Laem Health Promoting Hospital in Nakhon Pathom Province ยุพิน จันมุล, วิดาพร ทับทิมศรี* และนิศมา ภูษคนิตย์ Yupin Junmoon, Vidaporn Dhabdhimsri* and Nissama Poochakhanit	e274643
3.	ผลของการสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ต่อความรู้ทักษะการล้างโพรงจมูก และอาการทางจมูกของผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบ The Effects of Digital Media-Based Instruction Combined with Communication via Social Media on Knowledge, Nasal irrigation Skills, and Nasal Symptoms in Patients with Sinusitis อุบล พงศ์วุฒิศักดิ์, พรนิภา แก้ววิจิตร, อัมภาพันธ์ คำดวงกาศ, ทิพวรรณ เทียมแสน* และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ Ubon Pongvutisak, Pornnipa Kaewichit, Ampapan Kumdaungkat, Tipawan Tiemsan* and Sutthisak Surirak	e272231
4.	ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล Effectiveness of Drug Education and Counseling Programs by Pharmacists in Uncontrolled Hypertensive Patients at the Subdistrict Health Promoting Hospital สุริยนต์ มิ่งขวัญ* Suriyon Mingkwan*	e274633

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
5.	ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจร่างกายกับผลการตรวจเม็ดเลือดแดงของประชากรวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทในจังหวัดลำปาง Correlations between Results of Physical Examination and Red Blood Cell Testing of Working-Age Populations in Suburbs Society of Lampang Province ยุทธนา หมั่นดี*, ปวเรศ ปัญญาใจ, ทมนัย ลำทา และนนทรัตน์ ทรายชาว Yuttana Mundee*, Pawaret Panyajai, Thomanai Lamtha and Nontharat Saikhao¹	e274198
6.	ความสำเร็จอย่างยั่งยืนของการผลิตบุคลากรเพื่อการบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ: การบริหารจัดการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี Sustainable Success in Healthcare Personnel Education for Healthcare Service Excellence: 1-year Practitioner Nurse Curriculum Management ผกาพรรณ บุญเต็ม*, วันเพ็ญ ช่วยจิตต์, วรานุช พฤษรัตน์, อุไรวรรณ นิกรปรกรณ์ และอรวรรณ จันทรมณี¹ Phagapun Boontem*, Wanphen Chauyjit, Waranuch Pruktarat, Uraiwan Nikornpakorn, and Aurawan Janmanee	e74624
7.	ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี Factors Predicting Fear of Cancer Recurrence in Patients Receiving Combined Radiation and Chemotherapy at Surat Thani Hospital นันทวัน อุดมวิทยาไกร* Nantawan Udomvittayakhai	e275317
8.	ประสิทธิผลของโปรแกรม 50 MCEF Model ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี Effectiveness of the 50 MCEF Model Program on Health Literacy and Changing Health Behaviors of Monks Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province สุภาวดี ศรีโต*, สุพัตรา ชวงษ์ และวงศธร อ่อนศรีบุตร¹ Supawadee Srito*, Supatta Chawong and Wongsathorn Onsribut	e273067

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
9.	ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี Effect of Self-Care Behavior Modification Program of The Group at Risk Liver Fluke Infection in The People of Huai Phai Subdistrict, Khong Chiam District, Ubon Ratchathani Province เกียรติคุณ มุลธรา ¹ และอรุณ บุญสร้าง [*] Giattikun Moonthra ¹ and Arun Boonsang [*]	e274845
10.	ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูง เบาหวานและความดันโลหิตสูง Effectiveness of a Health Literacy Program on the Health Behavior in High-risk Diabetes and Hypertension Groups รสสุคนธ์ ภักดีไพบูลย์สกุล [*] Rossukon Pakdeepiboolsakul [*]	e275531
11.	ประสบการณ์ของสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับการปฏิเสธการเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก Experience of Muslim Women in the Three Southern Border Provinces Regarding Refusal of Cervical Cancer Screening สุภาขวัญ เรืองเรืองกุลฤทธิ, อวิรุทธ์ สิงห์กุล, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และอุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์ [*] Suphakhaun Rueangrunkulrit, Awirut Singkun, Niratchara Lillahkul and Uraiwan Sirithammaphan [*]	e274703
12.	ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร Food Consumption Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Undergraduate Students at Kasetsart University's Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus ภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์ และศวิตา ศรีสวัสดิ์ [*] Patsaraporn Thongpootorn and Sawita Srisawat [*]	e274995

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
13.	ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี The Association between Health Literacy and Health Care Behaviors of Elderly Patients with Controlled Hypertension เยาวลักษณ์ ยิ้มเย็น*, ชลธิชา ปูตีล่า, ประเชิญ โนรดี และภัชชนก รัตนกรปรีดา Yaowalak Yimyeun*, Chonthicha Putila, Prachern Noradee and Patchanok Rattanakornpreeda	e274748
14.	ผลกระทบด้านจิตใจจากประสบการณ์การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา Psychological Impact of Elderly Caregivers Working in Thai Nursing Home: A Phenomenological Study เพ็ญพิชชา แสนสุข, อวิรุทธ์ สิงห์กุล, จามรี สอนบุตร, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และอุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์ Phenphitcha Sansuk , Awirut Singkun, Jarmmaree Sornboot, Niratchara lillahkul and Uraiwan Sirithammaphan*	e274774
15.	ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม การเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทชายแดนใต้ The Effects of the Triple-P Positive Parenting Program on Positive Parenting Behaviors Among Parents of Preschool Children in the Southern Border Provinces of Thailand พนิดา สีสมศรี, ยุซรอ เล้าะแม*, นาซีฟะห์ เจะเลาะ, ฟิรมาน กาหลง และอัมรุ แวดอเลาะ Panida Sisomsri, Userow Lohmae*, Nasifah Cheloh, Firman Kalong and Amru Waedoloh	e275406
16.	การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ Potential Development for Mental Health Care of Village Health Volunteers, Nong Lek subdistrict, Sikhoraphum District, Surin province วิสุตา นพพิบูลย์ และอรุณ บุญสร้าง* Witsuta Noppiboon and Arun Boonsang*	e274927

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
17.	ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี The Effect of a Self-Efficacy Enhancement Program on Fall Prevention Behaviors among Community-Dwelling Older Adults in Pathum Thani Province ชไมพร จันจ้อย, จิตารีย์ ศรีหาเวช* และณัฐริกา มีศรี Chamaipron Janjuy, Thitaree Srihaweche* and Nattarika Meesri	
18.	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจก เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในลูกตา Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent Endophthalmitis in Cataract Patients Undergoing Intraocular Lens Implantation อุบลวรรณ วงศ์นายโกด*, สุลักขณา จันทวีสุข, ลักขณา ท่ามา และวิรงรัตน์ อาจหาญ Ubonwan Wongnaigod*, Sulakkana Janthaweesuk, Lakkana Thamma and Wirongrat Arthan	e275996
19.	การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวาน วิทยา โรงพยาบาลชานี จังหวัดบุรีรัมย์ The Development of a Participatory Learning Model for Type 2 Diabetic Patients in a Diabetes School of Chamni Hospital Buriram province วิลาสินี วรรณโคตร* Wilasinee Wannakoht*	e276141



การศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระดับการติดนิโคติน และภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

ธิดารัตน์ คณิงเพียร^{1*}, รติกาญจน์ พลจำรัสพัชญ์¹ และรัตนา คำศรี¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 258; วันที่แก้ไข: 13 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 19 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยพรรณนาแบบทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจทำนายระดับการติดนิโคตินและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ในพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 84 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ พฤศจิกายน-ธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการติดนิโคติน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือแบบประเมินการติดนิโคติน และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติถดถอยอย่างง่าย ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 88.1 อายุ 18 ปี ร้อยละ 98.8 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส) ร้อยละ 82.1 สถานภาพสมรส บิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน รายร้อยละ 75 ผู้ปกครองที่ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 56 การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สูบ ร้อยละ 59.5 ระดับการติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.267$) และระดับการติดนิโคตินสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ร้อยละ 7.1 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนากิจกรรมการป้องกันหรือแก้ปัญหาการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นเพื่อลดการเกิดภาวะซึมเศร้า

คำสำคัญ: การสูบบุหรี่ไฟฟ้า, นิโคติน, ซึมเศร้า, วัยรุ่น

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** รติกาญจน์ พลจำรัสพัชญ์; rasikan@bcnsurin.ac.th



A study on The Relationship and Predictive Power of Nicotine Addiction Levels and Depression in Adolescents Who Vape

Thidarat Khanuengpian^{1*}, Rasikan Pholjamratpat² and Rattana Kamsri³

¹Boromrajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Prabromarajchanok Institute

(Received: 10 April 2025; Revised: 13 May 2025; Accepted: 19 May 2025)

Abstract

Predictive descriptive research was to study the relationship and predictive power of nicotine addiction levels and depression in adolescents who use e-cigarettes. The sample consisted of 84 adolescents who age was 15-18 years in Mueang District, Surin Province. Data were collected between November and December 2024. The data collection instruments included a personal information questionnaire, the nicotine addiction assessment, and a depression assessment for adolescents. Research tools were verified the reliability, Cronbach's alpha coefficient values were 0.84 and 0.92 for nicotine addiction assessment, and a depression assessment respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson correlation coefficient, and simple regression analysis. The results found that the majority of the sample were male (88.1%), age 18 years old (98.8%), higher vocational certificate students (82.1%), the parents living together (75%), primary caregiver mostly mothers (56%). Mostly family member did not smoke (59.5%). The level of nicotine dependence has a low positive correlation with the depression ($r=0.269$). The level of nicotine dependence predicted the depression 7.1% (p -value $<.05$).

Keywords: vaping, nicotine, depression, teenagers

***Corresponding author:** Rasikan Pholjamratpat; rasikan@bcnsurin.ac.th



บทนำ

ปัจจุบันการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีปริมาณเพิ่มมากขึ้นทุกปี เนื่องจากผู้ใช้ส่วนใหญ่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัย และเชื่อว่าจะสามารถใช้บุหรี่ไฟฟ้าในการช่วยเลิกบุหรี่ธรรมดาได้ นิโคติน (Nicotine) เป็นตัวกระตุ้นหลักในบุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarettes) ซึ่งเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง เมื่อสูดไอน้ำที่มีนิโคตินเข้าไป นิโคตินจะเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วและไปกระตุ้นสมอง ให้หลั่งโดปามีน (Dopamine) ซึ่งเป็นสารเคมีแห่งความสุขและความพึงพอใจ การใช้ซ้ำๆ จะทำให้สมองปรับตัวและต้องการนิโคตินเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้ระดับความสุขเท่าเดิม ส่งผลให้เกิดการเสพติด (กรมควบคุมโรค, 2567)

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าในสหรัฐอเมริกา และยุโรปบางส่วนและประเทศต่างๆ มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในกลุ่มเยาวชนโดยในสหรัฐอเมริกามีอัตราการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น จากปี ค.ศ. 2011 ถึงปี ค.ศ. 2018 จากร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 20.8 (Cullen et al, 2018) จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่พบว่า อัตราความชุกของการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเท่ากับ 22.4 อัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นชายเท่ากับร้อยละ 39.5 และอัตราการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นหญิงเท่ากับร้อยละ 2.3 โดยวัยรุ่นชายมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในภาคใต้ ส่วนวัยรุ่นหญิงมีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในกรุงเทพฯ อายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่หมดมวนครั้งแรกเท่ากับ 15.3 ปี โดยอายุน้อยที่สุดที่เริ่มสูบบุหรี่ คือ 11 ปี ในกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ เกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่ทุกวันหรือเกือบทุกวันและเกือบสามในสี่มีอาการติดบุหรี่ เป็นที่น่าห่วงใยว่า วัยรุ่นที่รายงานมา เคยสูบบุหรี่เมื่ออยู่กับพ่อแม่มีสัดส่วนสูงขึ้นมากเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในรอบที่ผ่านมา แสดงว่า ครอบครัวของวัยรุ่นส่วนใหญ่รับรู้และยอมรับการสูบบุหรี่ของลูก และการสำรวจพฤติกรรมบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนใน ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพฯ จำนวน 945 ราย พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 30.2 สูบบุหรี่ไฟฟ้า (ศรีรัช ลาภใหญ่, 2563) จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลมีการเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่อายุเฉลี่ย 16 ปี (ปิยวรรณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมณฑะระ และปิยชาติ บุญเพ็ญ, 2562) จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นเป็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงไม่แตกต่างจากการสูบบุหรี่มวนทั่วไป ทั้งๆ ที่การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากมีความผิดทางกฎหมาย

บุหรี่ไฟฟ้านอกจากอันตรายต่อปอด หัวใจ สมอง แล้วยังส่งผลต่อสุขภาพจิต เพิ่มความเสี่ยงต่อมีอาการซึมเศร้า ส่งผลกระทบกับการเรียนรู้และคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชน ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึงความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะของความเศร้า หดหู่ สิ้นหวัง หรือขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนุกสนาน เป็นระยะเวลาานาน ต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การทำงาน หรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น (คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี, 2568) จากรายงานทั่วโลกพบสถานการณ์โรคซึมเศร้าในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับการเริ่มมีการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า จากการศึกษาในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลเป็นการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) ในกลุ่มอายุ 10-19 ปี จำนวน 4,237 คน พบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ไฟฟ้ากับภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ากว่าครึ่งหรือ 53% มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า ซึ่งวัยรุ่นที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.66 เท่า โดยการเกิดโรคซึมเศร้าใน



คนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า เกิดจากนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้าที่มีการแต่งกลิ่นรสชาติ ซึ่งเป็นสารเสพติดเป็นพิษต่อสมองโดยเฉพาะเด็ก และวัยรุ่นนั้นเมื่อเข้าสู่สมองจะทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ประสาทในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2567) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังเช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บุหรี่ไฟฟ้า การสูบบุหรี่ทั้งแบบไฟฟ้าและแบบมวนร่วมกัน กับความเครียดทางจิตใจ ในเยาวชนเขตภาคเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง 3,424 คน อายุ 15-24 ปี ใน 18 สถาบันการศึกษา พบว่าผู้ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน (ใช้ในระยะเวลา 30 วันที่ผ่านมา) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวลมากกว่า ผู้ที่ไม่ได้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า 1.80 เท่า และ 1.70 เท่า ตามลำดับ และผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับบุหรี่ยาสูบในปัจจุบันมีโอกาสร้อยต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าถึง 2.3 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้บุหรี่ทั้ง 2 ชนิด (Phetphum, Prajongjeep & Phuengnam, 2024) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งจากงานวิจัยในวัยรุ่นสหรัฐอเมริกา จำนวน 14,285 คน พบว่า ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีอาการซึมเศร้า 1.82 เท่า ความคิดฆ่าตัวตาย 1.55 เท่า วางแผนฆ่าตัวตาย 1.62 เท่า และพยายามฆ่าตัวตาย 1.75 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าเลย นอกจากนี้บุหรี่ไฟฟ้ายังเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดอื่นๆ ด้วย ซึ่งเป็นเหตุของความผิดปกติทางจิตอื่นๆ เพิ่มเติม (ชัยยศ คงคศิริธรรม, 2567)

จากที่กล่าวมาข้างต้น บุหรี่ไฟฟ้ามีสารนิโคติน ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดการเสพติด ดังนั้นการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจึงทำให้ผู้สูบ “ติด” ได้ไม่ต่างจากบุหรี่ยาสูบ อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมาเน้น อธิบายถึงความสัมพันธ์ของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อภาวะซึมเศร้า แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงอำนาจทำนายของระดับของการติดนิโคตินที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ให้ได้ทราบวาระดับนิโคตินนั้นมีผลต่อภาวะซึมเศร้าหรือไม่เพียงใด เพื่อนำใช้ในการป้องกันการเกิดซึมเศร้ารุนแรงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

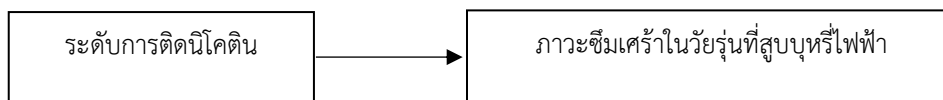
1. เพื่อศึกษาระดับการติดนิโคตินและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างระดับการติดนิโคตินและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

สมมติฐานของการวิจัย

ระดับการติดนิโคตินมีความสัมพันธ์และทำนายภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่น โดยพบว่าทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในคนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ด้วยนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้ามีผลโดยตรงต่อสมองและอารมณ์ ซึ่งอาจทำให้ภาวะซึมเศร้ารุนแรงขึ้น หรือกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่ไม่เคยมีมาก่อน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนาเชิงทำนาย เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 20 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

ประชากร คือ เป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 15-18 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวนทั้งหมด 10,718 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นอายุ 15-18 ปี จำนวน 84 คน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากพื้นฐาน Power analysis กำหนดค่า Effect Size=0.3 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 และค่า power=0.8 คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 84 ราย

เกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้ 1) อายุระหว่าง 15-18 ปี 2) สูบบุหรี่ไฟฟ้า และ 3) สนใจและยินดีให้ข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วน

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้ 1) การเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) มีความพิการทางร่างกาย และ 3) มีการเสพติดสารเสพติดอื่น ๆ ร่วม

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบประเมิน ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนซึ่งเป็นเกรดเฉลี่ยสะสม โรคประจำตัว สถานภาพสมรสของบิดามารดา ผู้ปกครองที่ดูแลเป็นหลัก บุคคลในครอบครัว สูบบุหรี่หรือไม่ ปริมาณการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและสารเสพติดที่เสพ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับการติดยาโคติน ในการวิจัยนี้ใช้แบบทดสอบความรุนแรงในการติดยาโคตินของผู้สูบบุหรี่ฉบับปรับปรุง (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย จำนวน 6 ข้อ เป็นลักษณะแบบมีตัวเลือกให้ตอบ โดยแบบ 4 ตัวเลือก 2 ข้อ มีคะแนน 0-3 คะแนน และแบบ 2 ตัวเลือก 4 ข้อ คือ ใช่และไม่ใช่ มีคะแนน 0 และ 1 คะแนน การแปลผลคะแนน ดังนี้ 7-10 คะแนน หมายถึง เสพติดนิโคตินในระดับรุนแรง 4-6 คะแนน หมายถึง เสพติดนิโคตินในระดับปานกลาง และน้อยกว่า 4 คะแนน หมายถึง เสพติดนิโคตินในระดับเล็กน้อย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พัฒนามาจาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) เป็นแบบประเมินแบบ self-report ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อบอกความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย มีบางวัน มี มากกว่า 7 วัน และมี



แทบทุกวัน คะแนนรวม ตั้งแต่ 0-27 คะแนน นอกจากนี้ ผู้ที่พัฒนาเครื่องมือนี้ได้เพิ่มข้อคำถามอีก 2 คำถาม กรณีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเองโดยไม่ต้องคิดคะแนน การให้คะแนน ตามระดับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ไม่มีเลย 0 คะแนน; มีบางวัน 1 คะแนน; มีมากกว่า 7 วัน 2 คะแนน; มีแทบทุกวัน 3 คะแนน แบบประเมิน PHQ-A อาจนำมาใช้ประกอบการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าได้ โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า คือ ถ้ามีการให้ 2 คะแนน (มีมากกว่า 7 วัน) 5 ใน 9 ข้อขึ้นไป และหากข้อ 9 (ความคิด อยากรอดตาย) มีคะแนน 1 คะแนนขึ้นไป ให้นับรวมด้วย โดยหนึ่งโน้มนั้นจะต้องมี ข้อ 1 (อารมณ์เศร้า) หรือ ข้อ 2 (หมดความสนใจ) รวมอยู่ด้วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินระดับการติดนิโคตินและแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84 และ 0.92 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพบุรี ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามการวิจัยประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์โดยหาคะแนนรวม คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการติดนิโคตินและภาวะซึมเศร้าโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่.05 โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาระดับของความสัมพันธ์ ดังนี้ (รัตนศิริ ทาโต, 2561)
 $r < 0.30$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ $r = 0.30-0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง $r > 0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

4. วิเคราะห์หาอำนาจการทำนายระหว่างระดับการติดนิโคตินและภาวะซึมเศร้าด้วยสถิติถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ตามหลักการใช้สถิติโดยก่อนที่ผู้วิจัยจะวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างระดับการติดนิโคตินและภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติถดถอยอย่างง่าย ได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ตามหลักการใช้สถิติดังกล่าว ดังนี้ 1) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆ เส้นตรง และพิจารณากราฟการแจกแจง



ข้อมูล Histogram พบว่า กราฟมีความสมมาตร ลักษณะกราฟเป็นรูประฆังคว่ำ มีจุดยอดโค้งอยู่ตรงกลาง ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) 2) ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยการทดสอบสถิติเอฟ (F-test) พบว่าข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง 3) ข้อมูลมีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) โดยการพิจารณาจากกราฟ Scatterplot พบว่า จุดห่างจากเส้นตรงที่ 0 กระจายใกล้เคียงกันและจุดกระจายไม่เกิน ± 34 . ความอิสระของความคลาดเคลื่อน (Error) ของข้อมูลไม่สัมพันธ์กัน (ไม่มี Auto-Correlation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson มีค่า 1.511

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรินทร์ รหัส PC ลงวันที่ 02-09-2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนและการวัดผลคะแนนใดๆรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-สกุล และทำลายแบบสอบถามการวิจัยเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 1 ปี กรณีเมื่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย แสดงท่าทีที่อึดอัด รู้สึกเป็นกังวลในการตอบแบบสอบถาม หรือขอถอนตัว หรือเปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมการวิจัยในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หรือภายหลังการส่งแบบสอบถามแล้ว

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 88.1 อายุ 18 ปี ร้อยละ 98.8 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส) คิดเป็นร้อยละ 82.1 สถานภาพสมรส บิดามารดาส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 75.0 ผู้ปกครองที่ดูแลหลัก ส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 56.0 การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่ไม่สูบ ร้อยละ 59.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	74	88.1
หญิง	10	11.9
อายุ (ปี)		
17	1	1.2
18	83	98.8



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
การศึกษานอกโรงเรียน	3	3.6
ปวช	1	1.2
ปวส	69	82.1
มัธยมศึกษา	9	10.7
ไม่ได้เรียน	2	2.4
สถานภาพสมรส		
หย่าร้าง	21	25.0
อยู่ด้วยกัน	63	75.0
ผู้ปกครองที่ดูแลหลัก		
ญาติ	3	3.6
บิดา	21	25.0
ปู่ย่าตายาย	13	15.4
มารดา	47	56.0
การสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว		
ไม่สูบ	50	59.5
สูบ	34	40.5

ส่วนที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 51.2 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 36.9 และ ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	43	51.2
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	31	36.9
มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง	7	8.3
มีภาวะซึมเศร้ามาก	3	3.6



ส่วนที่ 3 ระดับนิโคตินของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดนิโคตินอยู่ในระดับต่ำมาก ร้อยละ 34.5 รองลงมาคือติดนิโคตินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.9 และ ติดนิโคตินระดับต่ำ ร้อยละ 28.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของระดับการติดนิโคตินของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ระดับการติดนิโคติน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำมาก (0-2 คะแนน)	29	34.5
ระดับต่ำ (3-4 คะแนน)	24	28.6
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	26	30.9
ระดับสูง (7 คะแนน)	1	1.2
ระดับสูงที่สุด (8-10 คะแนน)	4	4.8

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการติดนิโคตินและภาวะซึมเศร้า

ระดับการติดนิโคตินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.267 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการติดนิโคตินและภาวะซึมเศร้า ของกลุ่มตัวอย่าง (n=84)

ตัวแปร	ภาวะซึมเศร้า
ระดับการติดนิโคติน	0.267*

*p-value<.05

ส่วนที่ 5 อำนาจการทำนายของระดับการติดนิโคตินต่อภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์สถิติถดถอยอย่างง่าย พบว่าระดับการติดนิโคตินสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ 0.071 แสดงว่า ระดับการติดนิโคตินสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้ร้อยละ 7.10 โดยสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

$$\text{สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน } Z = .267 Z_x$$

$$\text{สมการในรูปคะแนนดิบ } y = 2.457 + .267x$$

จากสมการดังกล่าวอธิบายได้ว่าเมื่อระดับการติดนิโคตินเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 0.267 หน่วย ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของระดับการติดนิโคตินที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
การติดนิโคติน	0.610	1.036	.267	2.510	.014*
Constant = 2.457, $R^2 = .071$, $R^2_{Adjusted} = .060$, $F_{(1, 84)} = 6.299$, $*p < .05$					

*p-value < .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่าระดับการติดนิโคตินสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างได้ สามารถอธิบายได้ว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้ มีบางการศึกษาพบว่าการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน เนื่องจากนิโคตินทำให้มีการหลั่งสารเคมีโดพามีน ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นเชิงบวกของสมอง เนื่องจากระดับโดพามีนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่ำ จึงพึ่งพาบุหรี่เพื่อเพิ่มระดับโดพามีนเพื่อใหู้สึกดีขึ้น นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังมีกลไกการผลิตโดพามีนในสมอง ส่งผลให้ปริมาณโดพามีนในร่างกายลดลง จึงทำให้ผู้คนสูบบุหรี่มากขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2567) สอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) ในกลุ่มอายุ 10-19 ปี จำนวน 4,237 คน พบความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ไฟฟ้ากับภาวะซึมเศร้า พบวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ากว่าครึ่งหรือ 53% มีภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้า เกิดจากนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้าที่มีการแต่งกลิ่นรสชาติ เป็นสารเสพติดเป็นพิษต่อสมองโดยเฉพาะเด็กและวัยรุ่น เมื่อเข้าสู่สมองทำให้เกิดการอักเสบของเซลล์ประสาทในส่วนที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ American Heart Association พบว่าผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าร้อยละ 50 รายงานว่ามีอาการซึมเศร้าภายในหนึ่งสัปดาห์หลังการสำรวจ เมื่อเทียบกับผู้ไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าซึ่งมีเพียงร้อยละ 25 (Psychiatrist, 2025) อารมณ์ซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของอาการถอนนิโคตินและเป็นอาการทั่วไปในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังจากเลิกบุหรี่ (American Psychiatric Association, 2025) ซึ่งมีการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอารมณ์เชิงลบที่รุนแรงมากขึ้นเมื่อเลิกบุหรี่ และนี่คือปัจจัยกระตุ้นที่มีผลมากต่อการกลับมาสูบบุหรี่อีกครั้ง (Gierisch et al, 2010) สอดคล้องกับข้อมูล Monitoring the Future (2017-2019) พบว่า วัยรุ่นชั้นปีที่ 8 ที่มีอาการซึมเศร้ามีโอกาสใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการซึมเศร้าถึง 2 เท่า และมีโอกาสใช้บุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับบุหรี่ยาสูบมากกว่าถึง 3.5 เท่า (Gorfinkel et al, 2022) และการสำรวจสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 ของไทย (2019-2020) พบว่า ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 5.3% เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้า และ 2.9% ใช้ในปัจจุบัน นอกจากนี้ 37.8% ของผู้เข้าร่วมถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้ถึง 1.66 เท่า (Patanavanich et al., 2022) ผู้สูบบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศร้ามีปัญหาในการเลิกบุหรี่ยากกว่า (Ho et al, 2019) จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาพบว่าระดับการติดนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้ามีผลต่อภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น สรุปได้ว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้นผู้ปกครองและบุคลากรทางสุขภาพรวมทั้งหน่วยการศึกษาควรตระหนักและเฝ้าระวังป้องกันอย่าง



จริงจัง ข้อจำกัดในการวิจัยนี้คือการวิจัยด้วยตัวแปรทำนายระดับนิโคตินในการวิจัยต่อไปควรพิจารณานำตัวแปรอื่นมาศึกษาร่วมในการหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการดูแลป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้ารวมทั้งการลดละเลิกบุหรี่ไฟฟ้าในวัยรุ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเลิกการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2567). *ข้อมูลทางวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า*. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี. (2568). *โรคซึมเศร้า*. มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>
- ชัยยศ คงคิธรรม. (2567). *ผลวิจัยชี้! เด็กสูบบุหรี่ไฟฟ้าประสิทธิผลการทำงานของสมองลดลง 3-4 เท่า*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2024/06/30806>
- ปิยวรรณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมนทะระ และ ปิยชาติ บุญเพ็ญ. (2562). พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมต้องการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารศรีนครินทร์วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 11(22), 1110-1127.
- วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน และโชษิตา ภาวสุทธิพิศฐ์. (2558). *แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A)*. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์.
- ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. (2567). *ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า*. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ.
- ศรีรัช ลาภใหญ่. (2563). ผลิตภัณฑ์ยาสูบใหม่บนเครือข่ายสังคมออนไลน์และผลกระทบของการบังคับใช้กฎหมาย. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 5(1), 13-29.
- American Psychiatric Association. (2025). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V-RT*. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Cullen, K. A., Ambrose, B. K., Gentzke, A. S., Apelberg, B. J., Jamal, A., & King, B. A. (2018). Notes from the field: Use of electronic cigarettes and any tobacco product among middle and high school students – United States, 2011–2018. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(45), 1276-1277. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6745a5>



เอกสารอ้างอิง

- Department of Disease Control. (2024). *Academic information about e-cigarettes*. Office of the Tobacco Products Control Board, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Gierisch, J. M., Bastian, L. A., Calhoun, P. S., McDuffie, J. R., & Williams, J. W. (2010). Comparative effectiveness of smoking cessation treatments for patients with depression: A systematic review and meta-analysis of the evidence. *VA-ESP Project*, 09-010.
- Gorfinkel, L., Hasin, D., Miech, R., & Keyes, K. M. (2022). The link between depressive symptoms and vaping nicotine in U.S. adolescents, 2017–2019. *The Journal of Adolescent Health*, 70(1), 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.07.003>
- Ho, C. S., Tan, E. L., Ho, R. C., & Chiu, M. Y. (n.d.). Relationship of anxiety and depression with respiratory symptoms: Comparison between depressed and non-depressed smokers in Singapore. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010163>
- Patanavanich, R., Vityananan, P., Neelapaichit, N., Chariyalertsak, S., Kessomboon, P., Assanangkornchai, S., et al. (2022). Association between electronic cigarette use and depression among Thai adolescents: The Thailand National Health Examination Survey 2019-2020. *Tobacco Induced Diseases*, 20(November), 103. <https://doi.org/10.18332/tid/155333>
- Phetphum, C., Prajongjeep, A., & Phuengnam, K. (2024). Relationship between electronic cigarette use, dual smoking habits, and psychological distress among youth in Northern Thailand: A cross-sectional study. *Tobacco Induced Diseases*, 22, Article 186860. <https://doi.org/10.18332/tid/186860>
- Psychiatrist. (2025). *Teen vaping and mental health*. <https://www.psychiatrist.com/news/teen-vaping-and-mental-health/>
- Scollo, M. M., & Winstanley, M. H. (Eds.). (2008). *Tobacco in Australia: Facts and issues* (3rd ed.). Cancer Council Victoria.



ผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม

ยุพิน จันมูล¹, วิดาพร ทับทิมศรี^{2*} และนิศมา ภูชนินิตย์³

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³นักวิชาการอิสระ

(วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 13 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 19 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ต้องการการจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิด 1 กลุ่ม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนมกราคม 2568 จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วยการให้ความรู้ในการบริโภคอาหารเบาหวาน การออกกำลังกาย การใช้ยาและการตรวจตามนัด การฝึกปฏิบัติตนเองในการควบคุมโรค การติดตามเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องเป็นรายกรณี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ 2) มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน ได้แก่ ความรู้ในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการตรวจตามนัด ข้อเสนอแนะควรขยายผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีไปยังพื้นที่อื่นที่มีผู้ป่วยเบาหวานจำนวนมาก เพื่อช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลปลายนิ้วและน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างชัดเจน เป็นการลดภาวะแทรกซ้อน และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: การจัดการรายกรณี, เบาหวานชนิดที่ 2, ระดับน้ำตาล, พฤติกรรมสุขภาพ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: วิดาพร ทับทิมศรี; vidaporn.d@bcn.ac.th



Effects of Case Management Model on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes of Ban Lan Laem Health Promoting Hospital in Nakhon Pathom Province

Yupin Junmoon¹, Vidaporn Dhabdhimsri^{2*} and Nissama Poochakhanit³

¹Ban Lan Laem Health Promoting Hospital

²Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute.

³Independent academic

(Received: 10 April 2025; Revised: 13 May 2025; Accepted: 19 May 2025)

Abstract

Diabetes is a chronic non-communicable disease that is a major global problem and requires systematic management to reduce complications and premature death. This quasi-experimental one-group pretest-posttest design was to examine the effects of case management on glycemic control in type 2 diabetic patients who had blood sugar level greater than or equal to 126 milligrams per deciliter. Data were collected at Ban Lan Laem Health Promoting Hospital in Nakhon Pathom Province from December 2023 to January 2025. The sample consisted of 30 type 2 diabetic patients. The research instruments included a case management model developed based on Kanfer and Gaelick-Buys' self-management theory and a diabetes health behavior modification approach. The program involved education on diet, exercise, medication adherence, and regular follow-up. It also incorporated self-management strategies, home visits and counseling on a case-by-case. The data collection were health behavior questionnaire, fingertip glucose level (DTX), average blood glucose level (HbA1C), and satisfaction questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results found that the DTX and HbA1C levels at the 3-month follow-up were significantly lower compared to pre-intervention levels (p -value<.01). Health behavior scores-covering diet, exercise, medication adherence, and follow-up were significantly higher than pre-intervention scores (p -value<.05). These findings suggest that the case management model should be extended with a large number of diabetic patients to promote appropriate health behaviors and patient participation in self-care, which results in significantly lower fingertip blood sugar and HbA1C levels for reducing complications and long-term health care costs.

Keywords: case management, type 2 diabetes, blood sugar, health behavior

***Corresponding author:** Vidaporn Dhabdhimsri; vidaporn.d@bcn.ac.th



บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 70 ของผู้เสียชีวิตทั่วโลก โดยโรคเบาหวานมีส่วนคิดเป็นร้อยละ 17.8 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2023) และข้อมูลจากสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ (IDF Diabetes Atlas, 2021) รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานประมาณ 537 ล้านคน และมากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2565 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียนจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน สำหรับการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่โดยเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขในปี 2565 พบว่า ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานปีละ 1 ครั้ง แต่ไม่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานมากถึง 5 ล้านคนจากเป้าหมายทั่วประเทศ 22 ล้านคน (กองโรคไม่ติดต่อ, 2565) ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานเกิดจากการมีประวัติครอบครัวญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกินหรือดัชนีมวลกายมากกว่า 23 สัดส่วนของรอบเอวต่อส่วนสูงมากกว่า 0.5 เป็นโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหารรสหวานเป็นประจำ ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของอวัยวะต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต จอประสาทตาเสื่อม ไตวายเรื้อรัง ขาปลายมือปลายเท้า และแผลเรื้อรังที่เท้า แผลติดเชื้อได้ง่ายขึ้น บางรายอาจจำเป็นต้องตัดขา รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล บางรายเกิดภาวะซึมเศร้าหรือแยกตัวจากสังคม หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2565; สิริ กอไพศาล, 2566) แม้ว่าโรคเบาหวานจะไม่มีการรักษาที่หายขาดได้ แต่สามารถทำให้อาการของโรคสงบลงได้โดยการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยการปรับพฤติกรรม การจำกัดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต การลดน้ำหนัก และการตรวจติดตามระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการกำหนดแนวทางการรักษาโรคเบาหวานในผู้ป่วยแต่ละราย (American Diabetes Association, 2025)

สำหรับจังหวัดนครปฐม พบผู้ป่วยเบาหวานมากเป็นอันดับที่ 3 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมมากกว่า 42,000 ราย แต่มีเพียงร้อยละ 23.4 เท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม พบผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 18, 22 และ 26 ราย ตามลำดับ และพบมีภาวะแทรกซ้อนทางตา 4 ราย ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่พบคือ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระดับปกติ เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคและการใช้ยาไม่ถูกต้อง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม, 2566)



จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี (case management) เป็นกระบวนการความร่วมมือในการดูแลระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายตามแบบแผนที่กำหนดไว้ ด้วยการสื่อสารและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มค่า จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความสำเร็จของการควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมายนั้น ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่เน้นความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วย (เปรมจิต อนุมาน และอารมย์ พรหมดี, 2562) สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่าการจัดการรายกรณีช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองดีขึ้น ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น และส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ป่วย ตลอดจนการผสมผสานแนวคิดด้วยเทคนิค 5 A's ได้แก่ การประเมิน แนะนำ ตกลง ช่วยเหลือ และติดตาม (5 A's: assess, advise, agree, assist, arrange) ยังช่วยสนับสนุนการดูแลแบบเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน (ดวงรัตน์ อินทรแสน, 2564; พลอยประกาย ฉลาดล้ำ, พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม และวิภา กลิ่นจำปา, 2566) อย่างไรก็ตามรูปแบบและผลลัพธ์การจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมามีความหลากหลายและแตกต่างกันตามบริบทในระบบบริการสุขภาพ ทำให้ขาดความชัดเจนในการออกแบบและการวัดผลลัพธ์การจัดการรายกรณีที่เหมาะสมในทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concepts) ของแคนเฟอร์และแกลลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ที่ประกอบด้วยกระบวนการการติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการตนเอง มาเป็นกลยุทธ์ในการประยุกต์ใช้สนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการตนเอง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้ วิเคราะห์ตนเอง พัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง โดยใช้กระบวนการเรียนรู้จากการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง ประกอบกับการเลือกรับประทาน การสร้างทางเลือกการปฏิบัติของตนเองที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน มีการให้กำลังใจจากสมาชิกกลุ่มผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการเพื่อเสริมกำลังใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานในการปฏิบัติดูแลตนเองได้ถูกต้อง ลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา ลดความกลัวและวิตกกังวล ทั้งนี้การจะสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีนั้น พยาบาลมีหน้าที่สำคัญที่จะต้องค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยมาช่วยในการแก้ไขปัญหาให้ตรงจุดและเหมาะสมกับผู้ป่วย จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม

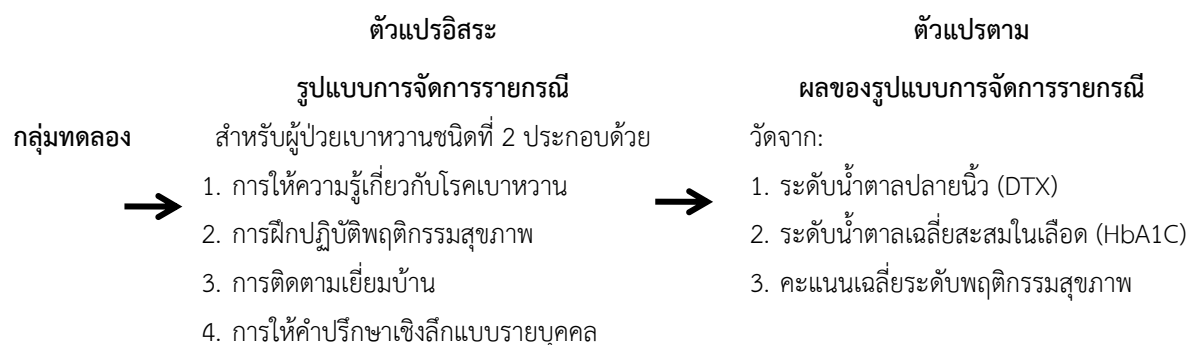


สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ลดลง และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ลดลง หลังได้รับรูปแบบการจัดการรายกรณี
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองดีขึ้น หลังได้รับรูปแบบการจัดการรายกรณี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบ 5 เอ (5 A's Behavior Change Model) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การประเมิน (Assess) การให้คำแนะนำ (Advise) การตกลงร่วมกัน (Agree) การให้ความช่วยเหลือสนับสนุน (Assist) และการจัดระบบติดตามประเมินผล (Arrange) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม โดยวัดการเปลี่ยนแปลงดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest one group design) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกเบาหวาน อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม จำนวนทั้งหมด 31 คน (ติดเตียง 1 คน)



กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร จำนวน 30 คน ในระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึงเดือนมกราคม 2568

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จำนวน 2 หมู่บ้าน และมีความสนใจ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งสามารถสื่อสาร ได้ตอบได้ เข้าใจภาษาไทย โดยลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบถ้วน ตามรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม และไม่สามารถปฏิบัติตามรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม ได้ครบถ้วน เช่น การเจ็บป่วยหรือติดภารกิจส่วนตัว เกิดความเครียดหรือไม่สบายใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนขอลอนตัวออกจากโครงการ

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการจัดการรายกรณีมาก่อน จำนวน 161 คน โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 (Fau, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดผลการทดลอง (effect size, ES)=0.8 ค่าความเชื่อมั่น 95% และอำนาจการทดสอบ (power) = 0.85 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 23 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงคิดเพิ่มร้อยละ 20 จึงมีขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ และมีเกณฑ์คัดเลือกเบื้องต้น คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ชุดหลัก ได้แก่

ชุดที่ 1 รูปแบบการจัดการตนเองรายกรณี โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด/ทฤษฎีการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (self-management concepts) ของ แคนเฟอร์และแกลลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ที่ประกอบด้วย กระบวนการติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ร่วมกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) ซึ่งเทคนิค 5 เอ ประกอบไปด้วย 1) การประเมิน (assess) 2) การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) 3) การยอมรับ (agree) 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และ 5) การติดตามประเมินผล (arrange) มาใช้เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการจัดรูปแบบการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง การฝึกปฏิบัติเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้อย่างเหมาะสม การเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง และการประเมินตนเองผ่านการให้คำปรึกษาเชิงลึกและการเยี่ยมบ้าน กิจกรรมทั้งหมดดำเนินการโดยพยาบาล



วิชาชีพและทีมสาธารณสุข รวมเวลาในการดำเนินกิจกรรมประมาณ 3-4 ชั่วโมงต่อรายต่อรอบกิจกรรม โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 สัปดาห์ที่ 1

- กิจกรรมเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวคิดการจัดการแบบรายกรณี ดังนี้ การประเมินปัญหา สาเหตุ อุปสรรคของผู้ป่วยและครอบครัว การฝึกทักษะและสนับสนุนให้ความรู้แก่ญาติ/ผู้ดูแล จัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการเจาะเลือดเพื่อวัดค่าน้ำตาลปลายนิ้วให้ที่บ้าน เช่น เครื่องตรวจ แผ่นตรวจ เข็มเจาะ สำลีแอลกอฮอล์ และอุปกรณ์ใส่ขยะ การประสานงานการพยาบาลตามแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสาขาวิชาชีพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การวางแผนติดตามเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาตามปัจเจกบุคคลและบริบท

- วางแผนการจัดการตนเองที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ประกอบด้วย การให้ความรู้ในโภชนาการอาหารเบาหวาน การออกกำลังกาย การใช้ยาและการตรวจตามนัด การฝึกปฏิบัติตนเองในการควบคุมโรค การติดตามเยี่ยมบ้านและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องที่เป็นไปตามปัจเจกบุคคลและบริบท ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่สำคัญ ได้แก่ 1) การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเบาหวาน 2) การกำกับตรวจสอบ 3) การประเมินตนเอง 4) การให้แรงเสริมและกำลังใจ

ระยะที่ 2 สัปดาห์ที่ 2-12

- สัปดาห์ที่ 2-5 ตรวจประเมินค่าน้ำตาลปลายนิ้วสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อเรียนรู้การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และกำกับติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน พร้อมทั้งปรับแผนพฤติกรรมเป็นระยะ

- สัปดาห์ที่ 6-10 ตรวจประเมินค่าน้ำตาลปลายนิ้ว 1 ครั้ง เพื่อกำกับติดตามผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- สัปดาห์ที่ 11-12 ตรวจประเมินค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพและแบบประเมินความพึงพอใจ

ชุดที่ 2 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ประวัติการเข้ารับการรักษา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหาร จำนวน 7 ข้อ 2) การออกกำลังกาย จำนวน 6 ข้อ 3) การใช้ยา จำนวน 4 ข้อ และ 4) การติดตามผลการรักษา จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ 5 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ 4 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง 3 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นนานๆ ครั้ง และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย



ส่วนข้อคำถามที่ตรงกันข้ามจะให้คะแนนกลับกัน โดยมีคะแนนรวมสูงสุด 100 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 80-100 แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก 60-79 ระดับปานกลาง และต่ำกว่า 60 แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของรูปแบบการจัดการตนเองรายกรณีในเชิงประจักษ์

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลผลดังนี้ 5 หมายถึง ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณี มากที่สุด 4 หมายถึง ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีมาก 3 หมายถึง ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีปานกลาง 2 หมายถึง ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีน้อย และ 1 หมายถึง ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณีน้อยที่สุด

ชุดที่ 3 แบบบันทึกผลการตรวจระดับน้ำตาล ใช้สำหรับบันทึกค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งหมดผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมโรคเบาหวาน พยาบาลวิชาชีพด้านเวชปฏิบัติ และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย เพื่อประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.8-1.0 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ จากนั้นได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจ โดยวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และ 0.96 แสดงว่าเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือในระดับสูง และเหมาะสมสำหรับนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เพื่อเข้าดำเนินการวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม และได้รับการรับรองด้านจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมที่เกี่ยวข้องก่อนเริ่มดำเนินการ

ผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยต่อกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ผลประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้รับทราบอย่างละเอียด จนกว่าจะเข้าใจ พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอม (informed consent form) และชี้แจงกับผู้ดูแลและคนในครอบครัวร่วมรับทราบและขอความร่วมมือในกิจกรรมโครงการวิจัยนี้ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนต่อไปนี้



1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั่วไปและแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (pre-test) เพื่อประเมินข้อมูลเบื้องต้น พร้อมทั้งขอเบอร์โทรศัพท์และไลน์ เพื่อความสะดวกในการติดต่อประสานงาน การนัดแนะเยี่ยมบ้าน และติดตามผล หรือในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถโทรติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลา

2. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 30 คน ได้รับรูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรมหลัก ได้แก่

- กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การบริโภคอาหารเบาหวาน การออกกำลังกาย การใช้ยา และการตรวจตามนัด การควบคุมระดับน้ำตาล และภาวะแทรกซ้อน ผ่านการบรรยายแบบมีส่วนร่วม พร้อมใช้สื่อวิดีโอ เพื่อเพิ่มความเข้าใจมากขึ้น

- กิจกรรมที่ 2 การฝึกปฏิบัติตน เช่น การเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเองและลงในสมุดบันทึกโรคเบาหวาน การเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการใช้ยาอย่างถูกต้อง

- กิจกรรมที่ 3 การติดตามเยี่ยมบ้านและให้คำปรึกษารายบุคคลในสัปดาห์ที่ 2-5 เพื่อประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง ชักถามปัญหาและแก้ไขร่วมกัน พร้อมทั้งให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และควบคุมระดับน้ำตาลได้ ทั้งนี้กิจกรรมที่ให้ในแต่ละรายจะไม่เหมือนกัน และไม่สามารถกำหนดจำนวนครั้งในการเยี่ยมได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละราย บางคนเข้าใจดี และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจะติดตามเยี่ยม จำนวน 1-2 ครั้ง ส่วนบางคนที่ไม่เข้าใจและควบคุมน้ำตาลไม่ได้ จะติดตามเยี่ยม จำนวน 3-4 ครั้ง หรือจนกว่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้และควบคุมระดับน้ำตาลได้ หลังจากนั้นจะติดตามสอบถามผ่านการโทรศัพท์หรือทางไลน์

3. ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการจัดการรายกรณี ครบทุกกิจกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินซ้ำ (post-test) ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) เพื่อเปรียบเทียบผลของรูปแบบการจัดการรายกรณี ก่อนและหลังการทดลอง

4. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบเก็บข้อมูล เพื่อเตรียมข้อมูลในการวิเคราะห์ประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม จังหวัดนครปฐม ตามวัตถุประสงค์การวิจัยที่ตั้งไว้

5. หลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมให้ความรู้และเอกสารแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน แบบองค์รวมแก่ผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้ความรู้ในกลุ่มประชากรทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ และระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน



2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test
4. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อรูปแบบการจัดการรายกรณี ด้วยสถิติการคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ภายใต้รหัสการรับรองจริยธรรม 67-2566 ช่วงระยะเวลาที่รับรอง ตั้งแต่วันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆ ต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพหรือสิทธิอื่นๆ อย่างละเอียดจนกว่าจะเข้าใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจดำเนินวิจัยทุกขั้นตอนในระหว่างทำกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาและจะได้รับการรักษาตามมาตรฐานต่อไป ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ และรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมโดยไม่ระบุตัวบุคคล เพื่อคุ้มครองสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.84 และเพศหญิงร้อยละ 45.16 มีอายุเฉลี่ย 61.10 ปี (S.D.=11.09) โดยอายุน้อยที่สุด 29 ปี และมากที่สุด 80 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษา ร้อยละ 74.19 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 16.13 อาชีพส่วนใหญ่คือแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 29.03 และรับจ้างทั่วไปร้อยละ 22.58 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 5.68 ปี (S.D.=4.58)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังได้รับรูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้ว และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1C) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX)	138.71	24.81	124.42	21.24	8.64	<.001*
น้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในเลือด (HbA1C)	7.84	1.64	7.12	1.23	5.01	<.001*

p-value<.05*

ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และการพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ในทุกด้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นหลังได้รับรูปแบบการจัดการรายกรณี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านการบริโภคอาหาร	1.20	0.22	2.70	0.31	21.03	<.001*
ด้านการออกกำลังกาย	1.68	0.41	2.69	0.38	12.79	<.001*
ด้านการใช้ยา	1.99	0.44	2.78	0.33	10.59	<.01*
ด้านการพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.38	0.85	3.53	0.62	2.21	<.05*

p-value<.05*

อภิปรายผล

ผลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังได้รับรูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลง และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าทฤษฎีการใช้รูปแบบการจัดการตนเอง (self-management concepts) ของแคนเฟอร์และเกลlick-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ที่ประกอบด้วยกระบวนการการติดตามตนเอง (self-monitoring) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) ร่วมกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) ซึ่งเทคนิค 5 เอ ประกอบไปด้วย 1) การประเมิน (assess) 2) การแนะนำ



ให้คำปรึกษา (advise) 3) การยอมรับ (agree) 4) การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และ 5) การติดตามประเมินผล (arrange) ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดรูปแบบการจัดการรายกรณีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง การฝึกปฏิบัติเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การใช้ยาอย่างเหมาะสม การเจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง และการประเมินตนเองผ่านการให้คำปรึกษาเชิงลึกและการเยี่ยมบ้านเป็นรายกรณี สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างจัดการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมรูปแบบการจัดการรายกรณีตามปัจเจกบุคคลและบริบทที่เหมาะสม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการจัดจัดรูปแบบการจัดการรายกรณี จึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่เหมาะสมสำหรับพยาบาล ที่จะนำมาใช้ในการช่วยสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล และจากการสังเกตของผู้วิจัยพบว่าผลของระดับน้ำตาลปลายนิ้วในแต่ละครั้งมีผลต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างชัดเจน เช่น ลดอาหารหวาน เน้นผักและผลไม้ การส่งเสริมการออกกำลังกายโดยการเดิน การลดน้ำหนัก และการติดตามผลระดับน้ำตาลปลายนิ้วอย่างสม่ำเสมอ ช่วยสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน นอกจากนี้การลดลงของน้ำหนักตัวยังช่วยเสริมสร้างสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนการปรับพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของดวงรัตน์ อินทรแสน (2564) ที่พบว่า การจัดการรายกรณีส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้น และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และงานวิจัยของศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ และรัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ (2566) พบว่า หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ต่ำกว่าสัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 4 และก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อย่างไรก็ตามงานวิจัยบางฉบับอาจพบผลลัพธ์ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเข้มข้นของโปรแกรม ระยะเวลาในการติดตามผล และความพร้อมของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนอายุของผู้ป่วย ดังนั้นการปรับรูปแบบการจัดการรายกรณีให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายจึงเป็นสิ่งสำคัญ สรุปได้ว่าการจัดรูปแบบการจัดการรายกรณีมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายจะช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่ดีในระยะยาว

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของพลอยประกาย ฉลาดล้ำ, พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม และวิภา กลิ่นจำปา (2566) พบว่า โปรแกรมการจัดการรายกรณีช่วยเพิ่มความรู้พฤติกรรมสุขภาพ และลดระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และงานวิจัยของรุ่งทิwa เสาวนีย์, พัชรกรพจน์ ศรีประสาร, พัทธสิมา ภักธรธีรานนท์ และคณะ (2566) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว ดัชนีมวล



กาย รอบเอวน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของอุบลรัตน์ รัตนอุไร และประภาส สงบุตร (2562) ผลการวิจัยพบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีครบ 12 สัปดาห์ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อย่างไรก็ตามงานวิจัยบางฉบับอาจพบผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเข้มข้นของโปรแกรม ระยะเวลาในการติดตามผล และความพร้อมของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายจึงเป็นสิ่งสำคัญ สรุปได้ว่าโปรแกรมการจัดการรายกรณีเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยช่วยลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยรายสัปดาห์ และน้ำหนักตัว อย่างไรก็ตาม ควรพิจารณาปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังได้รับรูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองใน 4 ด้าน ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ และเป็นการสนับสนุนว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรูปแบบการจัดการตนเอง (self-management concepts) ของแคนเฟอร์และแกลลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ร่วมกับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 เอ (5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support) ซึ่งเป็นแนวคิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้การวิเคราะห์ตนเอง พัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากการวิเคราะห์และแปลผลค่าน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง ประกอบกับการเลือกรับประทาน การสร้างทางเลือกการปฏิบัติของตนเองที่เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน มีการให้กำลังใจร่วมกันจากผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน สมาชิกกลุ่มผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการเพื่อเสริมกำลังใจและให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ปฏิบัติการณ์ดูแลตนเองได้ถูกต้อง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานมีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสังเกตได้จากค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยปลายนิ้วและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างชัดเจน ตลอดระยะเวลา 3 เดือนที่ติดตามเยี่ยมและประเมินผลการวิจัย เป็นการสะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบการจัดการรายกรณี ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ยังช่วยเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีความสำคัญต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีที่มุ่งเน้นการให้ความรู้และสนับสนุนผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องและการติดตามผล ช่วยส่งเสริมความมั่นใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ สำหรับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อรูปแบบการจัดการรายกรณี พบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.53$, $S.D.=0.81$) แสดงให้เห็นว่าการจัดรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยทีมพยาบาล



เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครหมู่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานพึงพอใจให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม และพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ผลการศึกษา สอดคล้องกับหลายการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เช่น งานวิจัยของอภิญา อุบลสะอาด (2567) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้โปรแกรมที่พัฒนามาจากการจัดการตนเองของของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับโรคเบาหวานได้มีการศึกษาวิจัยที่สอดคล้องกับผลการศึกษา เช่น งานวิจัยของรุ่งทิพา เสาวนีย์, พัทธกร พจน์ ศรีประสาร, พัทธสิมา ภัทรธีรานนท์ และคณะ (2566) พบว่าการจัดการรายกรณีทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเบาหวานและพฤติกรรมสุขภาพ สูงขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของพลอยประกาย ฉลาดล้ำ, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม และวิภา กลิ่นจำปา (2566) พบว่า โปรแกรมการจัดการรายกรณีช่วยเพิ่มความรู้พฤติกรรมสุขภาพ และงานวิจัยของดวงรัตน์ อินทรแสน (2564) ที่พบว่า การจัดการรายกรณีส่งผลให้พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และงานวิจัยของอุบลรัตน์ รัตนอุไร และประภาส สงบุตร (2562) ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ หลังเข้าโปรแกรมจัดการผู้ป่วยรายกรณีครบ 12 สัปดาห์ มีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาวิจัยของอรอนงค์ ชูแก้ว, ปิยะนุช จิตตุนนท์ และอาภรณ์ทิพย์ บัวเพชร (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำหนักของเด็กที่มีภาวะอ้วน โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของของแคนเฟอร์และแกลิค-บายส์ ร่วมกับหลักการบริโภคอาหารตามสี่สัญญาณไฟจราจร ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ส่งเสริมการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายกรณีได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจัดอบรมให้ความรู้ด้านการให้คำปรึกษา การติดตามผล และการประเมินสุขภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
3. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการติดตามผลการรักษา เป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลระยะยาวของรูปแบบการจัดการรายกรณี ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์ที่ได้
2. ขยายขอบเขตการวิจัยไปยังประชากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 หรือผู้สูงอายุ เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณี ในบริบทที่หลากหลาย
3. เปรียบเทียบรูปแบบการจัดการรายกรณีในบริบทต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ชนบทและเมือง
4. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของรูปแบบการจัดการรายกรณี เช่น ความสามารถของผู้จัดการรายกรณี ความร่วมมือของผู้ป่วย และทรัพยากรในระบบสุขภาพ เพื่อนำไปใช้ในการออกแบบการจัดการรายกรณี ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/brc/newsvdo.php>
- ดวงรัตน์ อินทรแสน. (2564). ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช, 1(1), 64-75.
- พลอยประกาย ฉลาดล้ำ, พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม, และวิภา กลิ่นจำปา. (2566). ผลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 33(1), 90-101.
- เปรมจิต อนุมาน และอารมย์ พรหมดี. (2562). ประสิทธิภาพการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยเบาหวาน คลินิกหมอครอบครัว โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 3(2), 37-55.
- รุ่งทิพา เสาวนีย์, พัชรกรพจน์ ศรีประสาร, พัทธสิมา ภัทรธีรานนท์ และนิภาวรรณ ศรีโยหะ. (2566). การพัฒนาแนวทางการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาซอยสวนเงิน. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์, 29(1), 88-100.
- ศิริเพ็ญ สิทธิบรรณ และรัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ. (2566). แนวทางการจัดการตนเองของผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ตำบลบ้านลานาว จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 3(3), 1-17.
- สิระ กอไพศาล. (2566). เบาหวานรู้ก่อนรักษาได้. RAMA Channel ขับเคลื่อนสังคมไทยให้สุขภาพดี. สืบค้นจาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/โรคเบาหวาน-โรคควรระวัง-รู้ก่อนรักษาได้/>



เอกสารอ้างอิง

- อภิญา อุบลสะอาด. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 9(1), 596-605.
- อรอนงค์ ชูแก้ว, ปิยะนุช จิตตุนนท์ และอารณทิพย์ บัวเพชร. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและน้ำหนักของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วน. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 36(1), 69-86.
- อุบลรัตน์ รัตนอุไร และประภาส สงบุตร. (2562). ผลของการจัดการรายกรณีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(ฉบับพิเศษ), 146-151.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม. (2566). รายงานสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานแหลม อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม.
- American Diabetes Association. (2025). Standards of care in diabetes. *Diabetes Care*, 48(Suppl 1), S6-S13. https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S6/157564/Summary-of-Revisions-Standards-of-Care-in-Diabetes
- 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(4), 1149-1160.
- International Diabetes Federation. (2021). *Diabetes Atlas: Diabetes facts and figures*. Retrieved from <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.). New York: Pergamon Press.
- World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



ผลของการสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์

ต่อความรู้ ทักษะการล้างโพรงจมูก และอาการทางจมูกของผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบ

อุบล พงศ์วุฒิศักดิ์¹, พรนิภา แก้ววิจิตร¹, อัมภาพันธ์ คำดวงภาศ¹, ทิพวรรณ เทียมแสน^{2*} และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์³

¹โรงพยาบาลแพร่

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 4 มกราคม 2568; วันที่แก้ไข: 9 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 14 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ต่อความรู้ ทักษะการล้างโพรงจมูก และอาการทางจมูกของผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบ ที่มารับบริการที่ห้องตรวจ หู คอ จมูก แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 42 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 21 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนเรื่องโรคไซนัสอักเสบและวิธีการล้างจมูกด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสอนด้วยวิธีปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไซนัสอักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง แบบประเมินทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และแบบบันทึกอาการทางจมูกที่มีค่า ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 ทุกฉบับ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Wilcoxon sign-ranks test, Mann-Whitney U test และ McNemar Test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคไซนัสอักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .05$ รวมทั้งมีอาการทางจมูกลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สรุปได้ว่า การสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความรู้และพัฒนาทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และลดอาการทางจมูกของผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบได้ดีกว่าวิธีสอนปกติ จึงควรไปประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำและส่งเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยโรคไซนัส รวมถึงขยายผลสู่การปรับใช้กับผู้ป่วยในแผนกอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ: สื่อดิจิทัล, สื่อสังคมออนไลน์, การล้างโพรงจมูก, โรคไซนัสอักเสบ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ทิพวรรณ เทียมแสน; Tipawan@bcnph.ac.th



The Effects of Digital Media-Based Instruction Combined with Communication via Social Media on Knowledge, Nasal irrigation Skills, and Nasal Symptoms in Patients with Sinusitis

Ubong Pongvutisak¹, Pornnipa Kaewwichit¹, Ampapan Kumdaungkat¹, Tipawan Tiemsan^{2*} and Sutthisak Surirak³

¹Phrae Hospital

²Boromarajonani College of Nursing, Phare, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

(Received: 4 January 2025; Revised: 9 May 2025; Accepted: 14 May 2025)

Abstract

A quasi-experimental research, two group pretest-posttest design, was to examine the effects of digital media-based education combined with social media communication on knowledge, nasal irrigation skills, and nasal symptoms among outpatient's department with sinusitis. The sample consisted of 42 sinusitis patients that were simple random sampling into 21 patients for an experimental group and 21 patients for a control group. The experimental group received education about sinusitis and nasal irrigation techniques through digital media and social media, while the comparison group received standard education. Data were collected using validated instrument with a Content Validity Index (CVI) of 1.00, including assessment of sinusitis knowledge, self-nasal irrigation knowledge, nasal irrigation skills, and nasal symptom. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, Wilcoxon signed-ranks test, Mann-Whitney U test, and McNemar test.

The results founded that the experimental group showed statistically significant difference post-intervention mean scores of sinusitis knowledge, self-nasal irrigation knowledge and nasal irrigation skills higher than pre-intervention mean scores (p -value<.05), and control group (p -value< .05). Additionally, nasal symptoms of the experimental group reduced compared with a control group. In conclusion, digital media-based combined with social media communication is an effective method for enhancing knowledge, improving nasal irrigation skills, and alleviating nasal symptoms in patients with sinusitis. This approach should be applied to patient education programs and expanded to other outpatient departments to promote patient self-care.

Keywords: digital media, communication via social media, nasal irrigation skills, sinusitis

Corresponding author: Tipawan Tiemsan; Tipawan@bcnph.ac.th



บทนำ

ไซนัสอักเสบคือ การอักเสบของโพรงอากาศข้างจมูก เกิดจากการอักเสบและการติดเชื้อของเยื่อจมูกและไซนัส หรือเกิดจากการติดเชื้อที่กระจายมาจากอวัยวะอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา ทำให้ร่างกายผลิตสารคัดหลั่ง จนอาจทำให้เกิดการอุดตัน และอาจกลายเป็นหนองในโพรงไซนัส และทำให้เกิดการอุดตันรูเปิดของไซนัส (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2567; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2567) โรคไซนัสอักเสบ มีทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง และถึงแม้จะเป็นโรคที่ไม่มีอาการรุนแรงหรือคุกคามชีวิตผู้ป่วย แต่ก็ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ชีวิตประจำวันไม่น้อย เนื่องจากส่วนใหญ่มักจะมีอาการเรื้อรัง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2566; ศรีสุนทรา เจริมวรพิพัฒน์, 2566) การรักษาโรคไซนัสอักเสบ มีจุดมุ่งหมายเพื่อ บรรเทาอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับเป็นซ้ำของโรค และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยในปัจจุบันการรักษาสามารถทำได้หลายวิธีควบคู่กันไป ทั้งการรักษาด้วยยาที่มีทั้งชนิดรับประทาน และชนิดพ่นเข้าทางจมูก ร่วมกับการล้างโพรงจมูกด้วยน้ำเกลือ ซึ่งการล้างโพรงจมูกด้วยน้ำเกลืออย่างถูกต้อง ถือได้ว่าเป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมให้การรักษาโรคไซนัสอักเสบได้ผลลัพธ์ที่ดี เนื่องจากน้ำเกลืออุ่นๆ จะช่วยทำให้โพรงจมูกและบริเวณรูเปิดของไซนัสโล่งขึ้นจากการชำระล้างเอาสิ่งสกปรกที่เกิดจากการอักเสบในโพรงจมูกและไซนัสออกไป ช่วยลดอาการปวดที่โพรงจมูกลงได้ อีกทั้งยังช่วยลดจำนวนเชื้อโรค หนอง สารก่อภูมิแพ้ที่สะสมในโพรงจมูก และยังช่วยให้ยาสัมผัสกับเยื่อจมูกและออกฤทธิ์ได้ดียิ่งขึ้น (ศรีสุนทรา เจริมวรพิพัฒน์, 2566; โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์, 2561)

สถิติผู้ป่วยโพรงไซนัสอักเสบที่มารับบริการที่ห้องตรวจหู คอ จมูก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร่ ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 565, 411 และ 664 ราย ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลแพร่, 2565) และในจำนวนดังกล่าว พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาควบคู่กับการล้างโพรงจมูก ซึ่งการสอนให้ผู้ป่วยหรือญาติให้สามารถล้างโพรงจมูกได้อย่างถูกวิธีนั้น ใช้เวลาค่อนข้างมาก เนื่องจากกระบวนการสอนประกอบด้วยการอธิบาย การสาธิตการล้างโพรงจมูก และให้ผู้ป่วยหรือญาติสาธิตย้อนกลับ จนมั่นใจว่าสามารถกลับไปปฏิบัติเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง แต่ที่ผ่านมาพบปัญหาอุปสรรคคือ ในแต่ละวันมีผู้ป่วยที่มารับบริการมีจำนวนมาก ค่าภาระงาน (Productivity) ของบุคลากรพยาบาลในแต่ละวันเกิน 120 % ทำให้มีเวลาสำหรับสอนและสาธิตการล้างจมูกให้กับผู้ป่วยแต่ละรายค่อนข้างน้อยและเป็นไปอย่างเร่งรีบ ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายดูแลตนเองและล้างโพรงจมูกด้วยตนเองที่บ้านไม่ถูกต้อง เช่น ล้างโพรงจมูกไม่ถูกวิธี การเตรียมน้ำเกลือที่ใช้ล้างโพรงจมูกไม่ถูกต้อง มีอาการสำลักน้ำขณะล้างโพรงจมูก เป็นต้น ห้องตรวจหู คอ จมูก จึงได้จัดทำเอกสารผ่านพับเรื่อง โรคไซนัสและการดูแลตนเอง การล้างโพรงจมูกด้วยตนเองที่ประกอบด้วยคำบรรยายและภาพประกอบวิธีการล้างจมูก เพื่อใช้ประกอบการสอนและสาธิตการล้างจมูกและมอบให้ผู้ป่วยนำกลับบ้าน แต่ก็ยังพบปัญหาว่า ผู้ป่วยหลายรายยังมีการดูแลตนเองและล้างโพรงจมูกด้วยตนเองไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ป่วยบางรายอ่านแล้วไม่เข้าใจ บางรายมีปัญหาเรื่องการอ่านเพราะสายตาไม่ดี และทำเอกสารหาย จึงส่งผลให้มีผู้ป่วยที่มีอาการของไซนัสอักเสबरุนแรงมากขึ้น และใช้เวลาในการดูแลรักษายาวนานมากขึ้น ซึ่งจากสถิติของโรงพยาบาลแพร่ ปี พ.ศ. 2563 ถึง 2565 พบการเกิด Recurrent Sinusitis หลังการผ่าตัด ร้อยละ 8.45, 9.59, 10.77 ตามลำดับ (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลแพร่,



2567) ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการให้ยา Antibiotic นานขึ้น และบางรายต้องผ่าตัดซ้ำ (Revision FESS Surgery) ทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นทั้งในระดับครอบครัว และในภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุข

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งสนับสนุนให้มีทักษะการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง เป็นหนึ่งปัจจัยที่มีผลอย่างมากในการลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังที่ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการสำคัญที่บุคคลพึงปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะในระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system) ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองจากการได้รับการส่งเสริมสนับสนุน ชี้แนะ และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองอย่างถูกต้องจากพยาบาล เพราะเมื่อบุคคลสามารถดูแลตนเองได้ดี จะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และลดความจำเป็นในการพึ่งพาบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้สถานการณ์การให้บริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลต่างๆรวมทั้งโรงพยาบาลแพร์ในปัจจุบัน มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่จำนวนบุคลากรเท่าเดิม ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านภาระงานหนัก ต้องทำงานแข่งกับเวลา ทำให้มีเวลาในการสอนหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยอย่างจำกัด ดังนั้นการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสำหรับใช้เป็นเครื่องมือสำหรับให้ความรู้ คำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและทักษะการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องจึงได้รับความนิยมมากขึ้น เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่เข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสามารถสื่อสารได้อย่างต่อเนื่องทุกที่ทุกเวลา ดังผลการศึกษาของ อายุพร ประสิทธิเวชากูร และขจรเกียรติ ประสิทธิเวชกุล (2566) ที่พบว่า สื่อแอนิเมชันสำหรับล้างโพรงจมูกด้วยน้ำเกลือ ช่วยเพิ่มความรู้และลดความกังวลของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และผลการศึกษาของนงนุช วัชรจิตบรร, พรณิภา ทศนย์ม และจัญญพร สาโสภา (2566) ที่พบว่าการสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ช่วยเพิ่มทักษะการล้างโพรงจมูกและลดอาการทางจมูกของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ และผลการศึกษาของ Dykewicz et al., (2020) ที่พบว่า การใช้สื่อดิจิทัลและข้อมูลสุขภาพผ่านระบบออนไลน์ช่วยเพิ่มการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่อง

ภายใต้บริบทของจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนมากและภาระงานที่ล้นของบุคลากรพยาบาล ณ ห้องตรวจหู คอ จมูก ในแต่ละวัน ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบ มีความรู้เกี่ยวกับโรคและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อลดความรุนแรงของโรค การกลับมารักษาซ้ำโดยไม่ได้วางแผน และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยการประยุกต์ใช้สื่อดิจิทัลและการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งปัจจุบันประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงและใช้งานกันอย่างแพร่หลายในชีวิตประจำวัน และหน่วยงานภาครัฐได้นำมาใช้ประโยชน์ในการให้ความรู้หรือสื่อสารข้อมูลต่างๆแก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงความรู้ที่ถูกต้องได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทันกับสถานการณ์ปัจจุบัน และสามารถให้ความรู้แก่ประชาชนในวงกว้างในต้นทุนที่เหมาะสม (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2562; พฤษภา เกษมสารคุณ, บงกชกร หงส์สาม และกันตพิชญ์ ศักดิ์สวัสดิ์, 2563; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้ งานวิจัยหลายฉบับยังแสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสำหรับให้ความรู้และพัฒนาสมรรถนะของผู้ป่วยและผู้ดูแล ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการดูแล



ตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (อติพร สำราญบัว และขจรเกียรติ ประสิทธิ์เวชกุล, 2564; วรรัตน์ มากเทพพงษ์ อุไร นิโรธนันท์ และนภัช ทองคำวงศ์, 2566; นงนุช วัชรจิตบวร, พรณิภา ทศนัยัม และจัญญาพร สาโสภา, 2566) ผู้วิจัยและคณะจึงได้พัฒนาสื่อดิจิทัลเรื่องโรคไข้น้ำสออักเสบและสื่อดิจิทัลเรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไข้น้ำสอ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย และดำเนินการศึกษาผลของการสอนด้วยสื่อดิจิทัลต่อความรู้ ทักษะการล้างโพรงจมูก และอาการทางจมูกของผู้ป่วยโรคไข้น้ำสออักเสบ เพื่อประเมินประสิทธิผลของการดำเนินการและนำผลการวิจัยไปใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลด้านโสต ศอ นาสิก ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการพยาบาลที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้น้ำสออักเสบ ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และอาการทางจมูก ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้น้ำสออักเสบ ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และอาการทางจมูก ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคไข้น้ำสออักเสบ ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และอาการทางจมูก หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังได้รับการสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้น้ำสออักเสบ ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับการสอน
2. หลังได้รับการสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้น้ำสออักเสบ ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. หลังได้รับการสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจมูกน้อยกว่าก่อนได้รับการสอน

กรอบแนวคิดการวิจัย

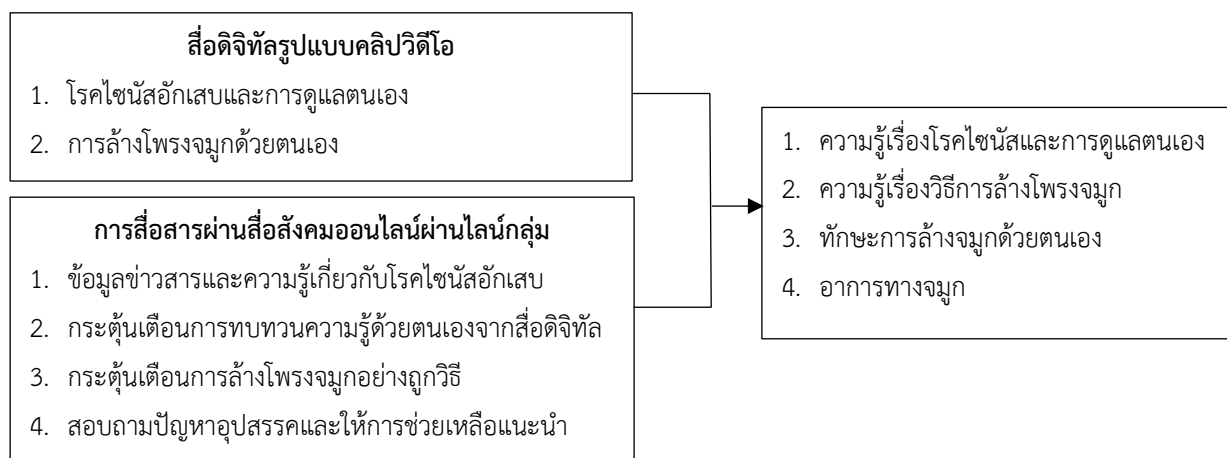
การวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองของบุคคลว่าเป็นกิจกรรมที่แต่ละบุคคลปฏิบัติเพื่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น ทำให้สามารถมีชีวิตอยู่รอดท่ามกลางภาวะต่างๆ และมีสุขภาพดี มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาล ในการ



ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้จากสื่อดิจิทัลรูปแบบคลิปวิดีโอ ที่มีเนื้อหาประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคไขสันหลังอักเสบ วิธีการล้างโพรงไขด้วยตนเองที่มีทั้งภาพและเสียง ร่วมกับการสาธิตการล้างโพรงไขด้วยตนเอง รวมทั้งให้กลุ่มทดลองได้ลงมือปฏิบัติจริง เพื่อส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ร่วมกับสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในรูปแบบไลน์กลุ่ม เพื่อกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักและมีการปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ จนเกิดทักษะในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและมีอาการทางไขกระดูกลดลง ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีแบบแผนการวิจัยแบบสองกลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) ดังแผนภาพ

E	O1 -----	X1 -----	O2
C	O3 -----	X2 -----	O4

E หมายถึง กลุ่มทดลอง

C หมายถึง กลุ่มเปรียบเทียบ

X1 หมายถึง การให้ความรู้ด้วยสื่อดิจิทัลและการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์

X2 หมายถึง การให้ความรู้ด้วยการอธิบายและแจกแผ่นพับให้ความรู้

O1 หมายถึง การวัดผลก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง



O2 หมายถึง การวัดผลหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

O3 หมายถึง การวัดผลก่อนทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ

O4 หมายถึง การวัดผลหลังทดลองของกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษา ณ ห้องตรวจ หู คอ จมูก งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร่ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไซนัสอักเสบจำนวน 154 ราย

เกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยไซนัสอักเสบ ที่ไม่มีข้อห้ามในการล้างโพรงจมูก 2) สามารถสื่อสารด้วยการพูด การฟังภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และ 3) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้ฟังก์ชันแอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยไซนัสอักเสบ ที่มีเลือดกำเดาไหล 2) ผู้ป่วยไซนัสเด็กหรือผู้ที่กลืนหายใจไม่เป็น และ 3) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทหรือการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่อาจส่งผลให้เกิดการสำลัก

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Lang et al., 2007) เลือกใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก mean: Difference between Two Dependent mean (two groups) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size)=0.8 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power=0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 42 ราย (กลุ่มละ 21 ราย) โดยทำการศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติให้แล้วเสร็จ จึงเริ่มดำเนินการศึกษาในกลุ่มทดลองเพื่อเป็นป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลรวมทั้งเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับการสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ โดยทั้งกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองจะได้รับการสุ่มเข้าสู่การวิจัยโดยการจับสลากจากบัตรคิวของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ ห้องตรวจ หู คอ จมูกในแต่ละวัน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย 1) สื่อดิจิทัลในรูปแบบคลิปวิดีโอเรื่องโรคไซนัส ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค การรักษา และวิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบ 2) สื่อดิจิทัลในรูปแบบคลิปวิดีโอเรื่อง วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองให้ถูกวิธีและปลอดภัย ที่มีเนื้อหาประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการล้างจมูก ประโยชน์ของการล้างโพรงจมูก วิธีการเตรียมอุปกรณ์ ขั้นตอนการล้างโพรงจมูก และการทำความสะอาดอุปกรณ์ 3) ไลน์กลุ่มที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นและเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม เพื่อเป็นช่องทางให้ผู้วิจัยสื่อสารความรู้และการกระตุ้นเตือนให้ล้างจมูกตามสื่อความรู้ที่ส่งให้ และเป็นช่องทางสำหรับสอบถามปัญหาและขอคำแนะนำเพิ่มเติมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน และโรคประจำตัว



2) แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคไซนัสอักเสบ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบถูก หรือ ผิด จำนวน 10 ข้อ โดยหากตอบถูก ได้คะแนนเท่ากับ 1 หากตอบผิด ได้คะแนนเท่ากับ 0 และแบ่งระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975) คือ ได้คะแนนเฉลี่ย 1.00-5.99 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 6.00-7.99 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 8.00-10.00 หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

3) แบบทดสอบความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ ถูก หรือ ผิด จำนวน 10 ข้อ โดยหากตอบถูก ได้คะแนนเท่ากับ 1 หากตอบผิด ได้คะแนนเท่ากับ 0 และแบ่งระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975) คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-5.99 หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ ได้คะแนนเฉลี่ย 6.00-7.99 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 8.00-10.00 หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

4) แบบประเมินทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองในผู้ป่วยไซนัสอักเสบ ที่เป็นแบบสังเกตการลงมือปฏิบัติการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองจริง และนักวิจัยจะเป็นผู้ประเมินความถูกต้องของการปฏิบัติ จำนวน 7 ข้อ โดย หากปฏิบัติได้ถูกต้องได้คะแนนเท่ากับ 1 หากปฏิบัติไม่ถูกต้องได้คะแนนเท่ากับ 0 และแปลความหมายระดับคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975) คือ ได้คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.99 คะแนน หมายถึง มีทักษะในการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 4.00-5.99 หมายถึง มีทักษะในการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 6.00-7.00 คะแนน หมายถึง มีทักษะในการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองในระดับสูง

5) แบบบันทึกอาการทางจมูกที่แสดงว่ามีภาวะโพรงอากาศข้างจมูกอักเสบ จำนวน 11 ข้อ ที่เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ “มี หรือ ไม่มี” ของอาการทางจมูก ที่ประกอบด้วย 1) น้ำมูกใส 2) น้ำมูกสีขาว 3) น้ำมูกสีเหลือง 4) น้ำมูกสีเขียวหรือเป็นหนอง 5) มีเสมหะไหลลงคอและไอบามากโดยเฉพาะเวลากลางคืน 6) ปวดหรือตึงที่ใบหน้า/หน้าผาก/หัวคิ้ว 7) ปวดแก้มข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง 8) ปวดศีรษะ 9) การได้กลิ่นลดลงหรือไม่ได้กลิ่น 10) ปวดตา 11) ตาบวม 12) ตาฉ่ำร่วมกับอาการทางจมูก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ดัดแปลงจากงานวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการสอนล้างโพรงจมูกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองและอาการทางจมูกในผู้ป่วยโรคโพรงอากาศข้างจมูกอักเสบของ (นางนุช วัชรจิตบรร พรธินา ทศนย์ม และจัญญาพร สาโสภา, 2566) ไปขอรับการตรวจสอบและให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุง จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโสต ศอ นาสิก 2) พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโสต ศอ นาสิก และ 3) อาจารย์พยาบาล เพื่อตรวจสอบความชัดเจน ความตรงตามเนื้อหา และดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ และดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำมาใช้ โดยได้ค่าความตรงเนื้อหา (content validity index: CVI) ของ 1) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไซนัสอักเสบ 2) แบบประเมินวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง 3) แบบประเมินทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และ 4) แบบบันทึกอาการทางจมูก เท่ากับ 1.00, 1.00, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ



2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบเครื่องมือ ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ณ ห้องตรวจหูด คอ จมูก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร่ ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ผลดังนี้ 1) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคไซนส์อักเสบ 2) แบบประเมินวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และ 3) แบบประเมินทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และนำมาทดสอบด้วย KR-20 ได้เท่ากับ 0.71, 0.76 และ 0.72 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเวลา 6 สัปดาห์ มีขั้นตอน ดังนี้

สัปดาห์ที่	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง
1 (วันที่มารับ การตรวจ)	1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย การพหิทธิสิทธิ์ผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไซนส์ และวิธีการล้างโพรงจมูก และให้บันทึกข้อมูลอาการทางจมูกลงในแบบบันทึกฯ 3. ให้ความรู้เรื่องโรคไซนส์อักเสบ และการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยการอธิบายร่วมกับแผ่นพับเรื่องโรคไซนส์อักเสบ และวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง 4. ผู้วิจัยสาธิตการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ 5. แจกแผ่นพับเรื่องโรคไซนส์ และการล้างโพรงจมูก (ตามแนวปฏิบัติเดิม) ให้นำกลับไปศึกษาเพิ่มเติมที่บ้าน 6. มอบแบบบันทึกอาการทางจมูกพร้อมทั้งอธิบายวิธีการบันทึกข้อมูลอาการทางจมูกที่เกิดขึ้นอยู่ที่บ้าน 7. เน้นย้ำให้ล้างจมูกตามคำแนะนำ และสามารถสอบถามหรือขอคำแนะนำเพิ่มเติมได้ตามเบอร์โทรศัพท์ที่แจ้งไว้ในแผ่นพับ	1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง สร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย การพหิทธิสิทธิ์ผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 2. กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคไซนส์ และวิธีการล้างโพรงจมูก และให้บันทึกข้อมูลอาการทางจมูกลงในแบบบันทึกฯ 3. ให้ความรู้เรื่องโรคไซนส์อักเสบและการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยคลิปวิดีโอ 4. ผู้วิจัยสาธิตการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างและให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ 5. มอบแผ่นภาพ QR Code พร้อมทั้งอธิบายวิธีการสแกนเพื่อเข้าถึงสื่อดิจิทัลรูปแบบคลิปวิดีโอเรื่องโรคไซนส์อักเสบ และการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง 6. มอบแบบบันทึกอาการทางจมูกพร้อมทั้งอธิบายวิธีการบันทึกข้อมูลอาการทางจมูกที่เกิดขึ้นอยู่ที่บ้าน 7. ขออนุญาตเพิ่มชื่อเข้าในไลน์กลุ่ม (กลุ่มทดลอง) พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของเชิญเข้าร่วมกลุ่มไลน์ว่า เพื่อใช้เป็นช่องทางในการกระตุ้นเตือนให้ล้างจมูก และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือวิธีการล้างจมูกหากกลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาหรือต้องการคำแนะนำเพิ่มเติม
1 (วันที่ 1)	-	1. ผู้วิจัยส่งข้อความทักทายทางไลน์กลุ่ม เพื่อเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาความรู้จากสื่อดิจิทัลในรูปแบบคลิปวิดีโอทั้ง 2 สื่อ และล้างจมูกตามขั้นตอนในคลิปวิดีโอ



สัปดาห์ที่	กลุ่มเปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง
หลังจาก โรงพยาบาล)		2. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและล้างโพรง จมูกด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม เพิ่มเติม
2-5	-	1. ผู้วิจัยส่งข้อความทักทายทางไลน์กลุ่ม ในเวลา 08.00 น. ของทุกวัน เพื่อเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่าง ดูแลสุขภาพและล้าง โพรงจมูกตามขั้นตอนในคลิปวิดีโอ 2. ผู้วิจัยสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและล้างโพรง จมูกด้วยตนเอง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม เพิ่มเติม
6 (วันที่มาตรวจ ตามนัด)	1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพ และปัญหาอุปสรรคของการดูแลตนเองและการล้าง โพรงจมูกเมื่ออยู่ที่บ้านและขอเก็บแบบบันทึกอาการ ทางจมูกขณะอยู่ที่บ้าน 2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรค ไซนัส และวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง 3. ให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และให้ผู้วิจัยทำการประเมินการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง 4. ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมและให้การชี้แนะเพิ่มเติมในกรณี ที่กลุ่มตัวอย่างทำไม่ถูกต้อง 5. กล่าวขอบคุณ และมอบแผ่นภาพ QR Code สื่อ ดิจิทัลรูปแบบคลิปวิดีโอเรื่องโรคไซนัสอักเสบและ วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองให้แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายวิธีการสแกนเพื่อเข้าถึงคลิปวิดีโอ	1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพ และ ปัญหาอุปสรรคของการดูแลตนเองและการล้างโพรงจมูก เมื่ออยู่ที่บ้านและขอเก็บแบบบันทึกอาการทางจมูกขณะอยู่ ที่บ้าน 2. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคไซนัส และ วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง 3. ให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และ ให้ผู้วิจัยทำการประเมินการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองโดยใช้แบบ ประเมินทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง 4. ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมและให้การชี้แนะเพิ่มเติมในกรณี ที่กลุ่มตัวอย่างทำไม่ถูกต้อง 5. กล่าวขอบคุณที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนาและนำเสนอด้วยด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคไซนัสอักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และคะแนนทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลองทั้งของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Wilcoxon sign-ranks test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติจากการทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-wilk ($p\text{-value} < .05$)



3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้น้ำสออักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และคะแนนทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติจากการทดสอบด้วยสถิติ Shapiro-wilk (p -value<.05)

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนของอาการทางจมูกที่พบก่อนและหลังทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ McNemar Test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแพร่ หมายเลขใบรับรอง 36/2566 วันที่ให้การรับรอง 7 กันยายน 2566 วันที่หมดอายุใบรับรอง 7 กันยายน 2567 และผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้โดยชี้แจงรายละเอียดที่มีเนื้อหาครอบคลุมดังต่อไปนี้ โดยมีการแนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อแผนการดูแลรักษา ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.90 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 52.38 อายุเฉลี่ย 38.28 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 66.67 การศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 42.85 และประกอบอาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร ร้อยละ 42.85 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 61.90 อายุเฉลี่ย 39.33 ปี สถานภาพคู่ ร้อยละ 57.14 การศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 52.38 และประกอบอาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร ร้อยละ 52.38 และการวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Chi-square Test พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้น้ำสออักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ก่อนและหลังทดลอง

คะแนนความรู้เรื่องโรคไข้น้ำสออักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูก และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง หลังได้รับการสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์สูงกว่าก่อนได้รับการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value <.05 โดยความรู้เรื่องโรคไข้น้ำสออักเสบ เพิ่มจากระดับต่ำ ($\bar{X}$ =5.63, S.D.=1.99) เป็นระดับสูง ($\bar{X}$ =8.25, S.D.=1.29) ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง เพิ่มจากระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =6.06, S.D.=1.53) เป็นระดับสูง ($\bar{X}$ =8.81, S.D.=1.04) และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง เพิ่มจากระดับต่ำ ($\bar{X}$ =1.44, S.D.=.89) เป็นระดับสูง ($\bar{X}$ =5.75, S.D.=.68) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคโชนส์อักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูก และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ก่อนและหลังการได้รับการสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ

Wilcoxon sign-ranks test (n=21)

ข้อมูล	ก่อน		หลัง		z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้เรื่องโรคโชนส์อักเสบ	5.63	1.99	8.25	1.29	-3.330	<.001*
ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูก	6.06	1.53	8.81	1.04	-3.432	<.001*
ทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง	1.44	.89	5.75	.68	-3.593	<.001*

*p-value<.05

คะแนนความรู้เรื่องโรคโชนส์อักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองของกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับการสอนด้วยวิธีปกติ สูงกว่าก่อนได้รับการสอนฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value <.05 โดยความรู้เรื่องโรคโชนส์อักเสบ เพิ่มจากระดับต่ำ ($\bar{X}$ =4.69, S.D.=1.35) เป็นระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =6.56, S.D.=1.75) ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง เพิ่มจากระดับต่ำ ($\bar{X}$ =5.50, S.D.=1.79) เป็นระดับสูง ($\bar{X}$ =7.19, S.D.=1.38) ส่วนทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ถึงแม้จะคะแนนเพิ่มขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับต่ำทั้งก่อนได้รับการสอน ($\bar{X}$ =1.62, S.D.=.72) และหลังได้รับการสอน ($\bar{X}$ =3.88, S.D.=.96) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคโชนส์อักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูก และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ก่อนและหลังการได้รับการสอนด้วยวิธีปกติของกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Wilcoxon sign-ranks test (n=21)

ข้อมูล	ก่อน		หลัง		z	p-value (1-tail)
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้เรื่องโรคโชนส์อักเสบ	4.69	1.35	6.56	1.75	-3.472	<.001*
ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูก	5.50	1.79	7.19	1.38	-3.096	<.001*
ทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง	1.62	.72	3.88	.96	-3.589	<.001*

*p value <.05

คะแนนความรู้เรื่องโรคโชนส์อักเสบ ของกลุ่มทดลองหลังได้รับการสอนด้วยสื่อดิจิทัลร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการสอนด้วยวิธีปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value <.05 โดยคะแนนความรู้เรื่องโรคโชนส์ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =8.25, S.D.=1.29) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =6.56, S.D.=1.75) คะแนนความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value <.05 โดยคะแนนความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =8.81, S.D.=1.04) กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =7.19, S.D.=1.38) และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value <.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะ



การล้างโพรงจมูกด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=5.75$, S.D.=.68) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}=3.88$, S.D.=.96) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคไซนัสอักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูก และทักษะการล้างจมูกด้วยตนเองหลัง การได้รับการสอน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test (n=42)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		z	p-value (1-tail)
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้เรื่องโรคไซนัสอักเสบ	8.25	1.29	6.56	1.75	- 2.758	.006*
ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูก	8.81	1.04	7.19	1.38	- 3.330	<.001*
ทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง	5.75	.68	3.88	.96	- 4.406	<.001*

* p-value<.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบอาการทางจมูกที่พบของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง อาการทางจมูกของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เกิดน้อยกว่าก่อนทดลอง โดยกลุ่มทดลองมีอาการทางจมูกที่เกิดขึ้นน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<.01$ จำนวน 7 อาการ และอาการที่เกิดขึ้นน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<.05$ จำนวน 1 อาการ ส่วนอาการที่ไม่แตกต่างกัน จำนวน 3 อาการ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ อาการทางจมูกที่เกิดขึ้นน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<.01$ จำนวน 6 อาการ และอาการที่เกิดขึ้นน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<.05$ จำนวน 1 อาการ และอาการที่ไม่แตกต่างกันจำนวน 4 อาการ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนของอาการทางจมูกที่พบก่อนและหลังได้รับการสอนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ McNemar Test

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=21)		p-value	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=21)		p-value
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
1. คัดแน่นจมูก	14 (66.67)	6 (28.57)	.008**	16 (76.19)	7 (33.33)	.004**
2. น้ำมูกใส	16 (76.19)	13 (38.09)	.625	12 (57.14)	11 (68.8)	1.000
3. น้ำมูกสีขาว	9 (42.86)	3 (14.29)	.004**	12 (57.14)	8 (50.0)	.004**
4. น้ำมูกสีเหลือง	10 (47.62)	0 (0.0)	.002**	16 (76.19)	3 (18.8)	<.001**
5. น้ำมูกสีเขียว หรือเป็นหนอง	12 (57.14)	1 (4.76)	.001**	11 (52.38)	1 (6.3)	.002**
6. มีเสมหะไหลลงคอ และไอมาก	10 (47.62)	1 (4.76)	.002**	9 (56.3)	3 (18.8)	.004**
โดยเฉพาะเวลากลางคืน						
7. ปวดหรือตึงที่ใบหน้า หน้าผาก หัวคิ้ว	8 (38.09)	0 (0.0)	.008**	8 (38.09)	2 (9.52)	.031*
8. ปวดแก้มข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง	4 (19.05)	0 (0.0)	.125	5 (23.81)	2 (9.52)	.250
9. ปวดศีรษะ	9 (42.86)	2 (9.52)	.016*	7 (33.33)	6 (28.57)	1.000



ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=21)		p-value	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=21)		p-value
	ก่อน	หลัง		ก่อน	หลัง	
10. การได้กลิ่นลดลงหรือไม่ได้กลิ่น	13 (61.90)	2 (9.52)	.001**	11 (52.38)	3 (18.8)	.008**
11. อาการ ปวดตา ตามัว ตามัว ร่วมกับอาการทางจมูก	3 (18.8)	0 (0.0)	.250	4 (25.0)	1 (6.3)	.250

*p-value<.05, ** p-value<.01

อภิปรายผล

หลังได้รับความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลรูปแบบคลิปวิดีโอร่วมกับการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ในรูปแบบไลน์กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไซนัส ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .01$ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไซนัสและคะแนนเฉลี่ยทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง เพิ่มจากระดับต่ำเป็นระดับสูง คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองเพิ่มจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง และอาการทางจมูกน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .01$ จำนวน 7 อาการ, $p\text{-value} < .05$ จำนวน 1 อาการ และไม่แตกต่างกันจำนวน 3 อาการ อภิปรายได้ว่า การได้รับความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลในรูปแบบคลิปวิดีโอที่มีทั้งตัวหนังสือ ภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยายประกอบ ช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย สามารถทบทวนเนื้อหาได้บ่อยตามความต้องการ จนกว่าจะมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และส่งผลให้อาการทางจมูกลดลง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bloom (1975) ที่กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้ที่ดีต้องประกอบไปด้วยการส่งเสริมให้เกิดความรู้ ทักษะ และเจตคติ ซึ่งการให้ความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลในรูปแบบคลิปวิดีโอ ร่วมกับการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มเพื่อกระตุ้นและย้ำเตือนให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักในการปฏิบัติตามคำแนะนำ ช่วยให้มีความรู้ที่ถูกต้องและมีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาของอายุพร ประสิทธิ์เวชชากร และขจรเกียรติ ประสิทธิ์เวชกุล (2566) ที่พบว่า สื่อแอนิเมชันเพื่อการล้างจมูกด้วยน้ำเกลือที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างโพรงจมูกด้วยน้ำเกลือได้อย่างถูกต้อง ความกลัวและความกังวลลดลง และมีความพึงพอใจต่อสื่อแอนิเมชันในระดับดี และ นงนุช วัชรจิตบรร, พรณิภา ทศนย์ม, และ จัญญาพร สาโสภา (2566) ที่ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนล้างโพรงจมูกผ่านแอปพลิเคชันไลน์ต่อทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองและอาการทางจมูกในผู้ป่วยโรคโพรงอากาศข้างจมูกอักเสบ และพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและการล้างจมูกสูงถึงร้อยละ 93.3 และมีระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมร้อยละ 87.77

หลังได้รับความรู้ด้วยรูปแบบปกติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไซนัส วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .01$



โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไซนัส ความรู้เรื่องวิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง เพิ่มจากระดับต่ำเป็นระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นแต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังได้รับความรู้ และพบว่าอาการทางจมูกเกิดน้อยกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .01$ จำนวน 6 อาการ, $p\text{-value} < .05$ จำนวน 1 อาการ และไม่แตกต่างกันจำนวน 4 อาการ อภิปรายได้ว่า วิธีการให้ความรู้ด้วยรูปแบบปกติ คือ การอธิบายด้วยปากเปล่าร่วมกับสาธิตวิธีการล้างจมูกรวมทั้งให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับหลังการสอน เป็นวิธีการที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามแนวคิดของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (educative supportive nursing system) ของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่ได้อธิบายว่า ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ รวมทั้งสามารถปรับกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมแต่ยังขาดความรู้ ทักษะและต้องการการสนับสนุน ชี้แนะ แนวทางและจุดจูงใจจากพยาบาลในการปฏิบัติ ดังนั้น การส่งเสริมการดูแลตนเองที่เริ่มต้นจากการได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำไปดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง แต่อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาถึงคะแนนเฉลี่ยทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองที่ถึงแม้จะเพิ่มขึ้นแต่ก็ยังคงอยู่ในระดับต่ำ ทั้งก่อนและหลังได้รับความรู้ แสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้และสาธิตเพียงครั้งเดียวอาจไม่เพียงพอในการสร้างความเข้าใจและทักษะปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในกิจกรรมที่ซับซ้อนอย่างการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง เพราะเมื่อระยะเวลาผ่านไป และขาดเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถทบทวนความรู้ซ้ำ รวมทั้งไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนจากพยาบาลเพื่อให้เกิดความตระหนักถึงประโยชน์ของการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง อาจทำให้ผู้ป่วยบางรายหลงลืมขั้นตอนการปฏิบัติ และไม่มี ความตระหนักในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

หลังได้รับความรู้ผ่านสื่อดิจิทัลรูปแบบคลิปวิดีโอและการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์รูปแบบไลน์กลุ่มของกลุ่มทดลอง และการได้รับความรู้ด้วยรูปแบบปกติของกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไซนัสอักเสบ วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง และทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .01$ และอาการทางจมูกลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อภิปรายได้ว่า การสอนหรือให้คำแนะนำ ทั้ง 2 วิธี ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองและมีทักษะในการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง ส่งผลอาการทางจมูกที่รบกวนและสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยโรคไซนัสลดลง แต่หากเปรียบเทียบผลของการสอนระหว่าง 2 วิธี จะพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคไซนัส วิธีการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง ทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองสูงกว่า และอาการทางจมูกลดลงมากกว่า แสดงให้เห็นว่า การใช้สื่อดิจิทัลร่วมกับการกระตุ้นเตือนผ่านไลน์กลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดการเรียนรู้และจดจำเนื้อหาได้ดี เนื่องจากเป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกันที่ทำให้เกิดการสัมผัสผ่านทางสายตาและหูไปพร้อมๆ กัน จึงสามารถดึงดูดความสนใจและช่วยให้เกิดการจดจำได้ดีกว่า นอกจากนี้ยังสามารถดูซ้ำได้บ่อยครั้งตามความต้องการ สอดคล้องกับแนวคิด Adult Learning Theory ที่กล่าวว่า ผู้ใหญ่จะเกิดการเรียนรู้ได้ดีเมื่อมีโอกาสเรียนรู้ซ้ำในเนื้อหาที่สอดคล้องกับปัญหาหรือความสนใจของตนเอง (Knowles, 1970) นอกจากนี้ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสำหรับเป็นเครื่องมือในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ยังช่วยลดเวลาที่ใช้ในการสอนซ้ำๆ แก่ผู้ป่วยรายบุคคล ช่วยให้บุคลากรมีเวลาสำหรับให้บริการแก่ผู้ป่วยใน



ด้านอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของอายุพร ประสิทธิ์เวชชากรและขจรเกียรติ ประสิทธิ์เวชกุล (2566) ที่พบว่า สื่อแอนิเมชันเพื่อการล้างจมูกด้วยน้ำเกลือที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างโพรงจมูกด้วยน้ำเกลือได้อย่างถูกต้อง ความกลัวและความกังวลลดลง และมีความพึงพอใจต่อสื่อแอนิเมชันในระดับดี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรนำสื่อดิจิทัลในรูปแบบคลิปวิดีโอและการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรายบุคคลหรือรายกลุ่ม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ลดระยะเวลาในการให้คำแนะนำซ้ำๆ ทำให้บุคลากรพยาบาลมีเวลาสำหรับการดูแลผู้ป่วยรายอื่นได้มากขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จนส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่น และเกิดเป็นทักษะการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเพื่อติดตามผลในระยะ 3-6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมและทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเอง รวมทั้งอาการทางจมูกของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2567). *ไซนัสอักเสบรู้ได้อย่างไร*. สืบค้นจาก:
<https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article>
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). *เมื่อเป็นไซนัสอักเสบ*. สืบค้นจาก
<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=14>
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลแพร่. (2565). *สถิติผู้ป่วยโรคไซนัสอักเสบ*. โรงพยาบาลแพร่
- นงนุช วัชรจิตบรร, พรธัญญา ทศนัยม และจัญญพร สาโสภา. (2566). ผลของการใช้โปรแกรมการสอนล้างโพรงจมูกผ่านแอปพลิเคชันต่อทักษะการล้างโพรงจมูกด้วยตนเองและอาการทางจมูกในผู้ป่วยโรคโพรงอากาศข้างจมูกอักเสบ. *เอกสารประกอบการนำเสนอผลงาน*. การประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2566.
- พุกษา เกษมสารคุณ, บงกชกร หงส์สาม และกันตพิชญ์ ศักดิ์สวัสดิ์. (2563). การใช้สื่อดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ. *มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์*, 37(3), 162-181.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช. (2567). *เอกสารสอนชุดวิชา หน่วยที่ 1-5 การพยาบาลผู้ใหญ่ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช.
- โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์. (2561). *ล้างจมูกให้ถูกวิธีง่ายนิดเดียว*. สืบค้นจาก:
<https://www.siphphospital.com/th/news/article/share/500>



เอกสารอ้างอิง

- วรรัตน์ มากเทพพงษ์, อุไร นิโรธนันท์ และ นปภัช ทองคำวงศ์. (2566). ผลของโปรแกรมพหุองค์ประกอบแบบบูรณาการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 39(1), 78-88.
- ศรีสุนทรา เจริมวิพัฒน์. (2566). *การพยาบาลหูด คอ จมูก*. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธนาเพลส จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2562). 10 ข้อดีการเรียนรู้ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ E-Learning. สืบค้นจาก: <https://info.contentcenter.obec.go.th>
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล กระทรวงสาธารณสุข (2564-2568). สืบค้นจาก https://ict.moph.go.th/upload_file/files/97c2287c8f04e-13f81fec13e431e7a5e.pdf
- อายุพร ประสิทธิ์เวชชากร และ ขจรเกียรติ ประสิทธิ์เวชชากร. (2566). สื่อแอนิเมชันเพื่อการล้างจมูกด้วยน้ำเกลือที่มีประสิทธิภาพ. *วารสารแพทยนาวิ*, 50(2), 466-478.
- อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. (2564). ผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดันต่อความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 32(1), 228-242.
- Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.
- Dykewicz, M.S., Wallace, D.V., Amrol, D.J., Baroody, F.M., Bernstein, J.A., Craig, T.J., et al. (2020). Rhinitis 2020: A practice parameter update. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 146(4), 721-767.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G. & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A Flexible Statistical Power Analysis Program for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Knowles, M.S. (1970). *The Modern Practice of Adult Education*. Retrieved from https://www.umsl.edu/~henschkej/articles/knowles_1970_the_modern_practice_of_adult_education_pgs_1_77.pdf
- Orem DE. (2001). *Nursing cocepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สุรียนต์ มิ่งขวัญ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 14 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 28 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 3 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมอาการและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ด้วยการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 74 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 ราย และกลุ่มควบคุม 37 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรม ด้วยสถิติ Paired t-test Wilcoxon Signed Ranks test Independent t-test และ Mann Whitney U Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.10 อายุเฉลี่ย 59.49 ปี (S.D.=7.34) มีโรคร่วมเป็นไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 81.10 และรับประทานยาด้วยตนเอง ร้อยละ 91.90 หลังใช้โปรแกรม ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =3.95, S.D.=0.10) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{X}$ =3.64, S.D.=0.14) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =3.69, S.D.=0.16) ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =141.46, S.D.=8.76) มีค่าน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{X}$ =147.43, S.D.=9.49) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =146.76, S.D.=8.09) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}$ =91.27, S.D.=6.44) มีค่าน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรม ($\bar{X}$ =95.59, S.D.=6.59) และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}$ =95.95, S.D.=4.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ดังนั้นโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรนี้เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้

คำสำคัญ: ประสิทธิผลของโปรแกรม, การให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร, โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

*ผู้รับผิดชอบบทความ: สุรียนต์ มิ่งขวัญ; suriyon.ming@gmail.com



Effectiveness of Drug Education and Counseling Programs by Pharmacists in Uncontrolled Hypertensive Patients at the Subdistrict Health Promoting Hospital

Suriyon Mingkwan*

Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani

(Received: 14 April 2025; Revised: 28 May 2025; Accepted: 3 June 2025)

Abstract

Hypertension can be controlled and its complications reduced by taking high blood pressure medication regularly and continuously. This quasi-experimental study was to compare medication adherence and blood pressure levels of patients before and after participating in a pharmacist-led medication education and counseling program. The sample consisted of 74 uncontrolled hypertensive patients at the Subdistrict Health Promotion Hospital, Det Udom District, Ubon Ratchathani Province, divided into an experimental group 37 patients and a control group 37 patients. The research tool was a pharmacist education and medication counseling program. The research instrument for collecting data were a personal information questionnaire, and a medication adherence assessment form for hypertensive patients. General data were analyzed using descriptive statistics. The mean values before and after using the program were compared using Paired t-test, Wilcoxon Signed Ranks test, Independent t-test, and Mann Whitney U Test with a significance level of .05

The results found that the majority of the sample group were female (54.10%), a mean age was 59.49 (S.D.=7.34) years, with comorbidities of hyperlipidemia (81.10%), and taking medication by themselves (91.90%). After using the program, the mean of medication adherence of the experimental group ($\bar{X}$ =3.95, S.D.=0.10) was higher than before using the program ($\bar{X}$ =3.64, S.D.=0.14) and higher than the control group ($\bar{X}$ =3.69, S.D.=0.16). The mean systolic blood pressure level of the experimental group ($\bar{X}$ =141.46, S.D.=8.76) was lower than before using the program ($\bar{X}$ =147.43, S.D.=9.49) and lower than the control group ($\bar{X}$ =146.76, S.D.=8.09). The mean diastolic blood pressure of the experimental group ($\bar{X}$ =91.27, S.D.=6.44) was significantly lower than before using the program ($\bar{X}$ =95.59, S.D.=6.59) and lower than the control group ($\bar{X}$ =95.95, S.D.=4.37) ($p<.001$). Therefore, the pharmacist-led medication education and counseling program is an effective program that can be used for uncontrolled hypertensive patients.

Keywords: effectiveness of the program, pharmacist drug counseling, uncontrolled hypertension

*Corresponding author: Suriyon Mingkwan; suriyon.ming@gmail.com



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่องมักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ หลอดเลือด ตา ไต และสมอง ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิต องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่ามีผู้ใหญ่อายุระหว่าง 30-79 ปี จำนวน 1.28 พันล้านคนทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมากกว่าสองในสามอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยคาดว่า 46% ของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคนี้ น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (42%) ได้รับการวินิจฉัยและรักษาประมาณ 79% ของผู้ใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมโรคได้ (World Health Organization, 2023) สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 14 ล้านคน และพบผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จำนวนมากถึง 2.8 ล้านคน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2565 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบสาเหตุการตายจากโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2561-65 มีจำนวน รวม 46,706 ราย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จังหวัดอุบลราชธานีก็มีแนวโน้มของอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยจำนวน 166,781 ราย และเพิ่มขึ้นเป็น 196,315 ราย ในปี พ.ศ.2567 เฉพาะในอำเภอเดชอุดมนั้นมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 11,725 ราย ในปี พ.ศ.2563 เป็น 14,564 ราย ในปี พ.ศ. 2567 (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

ปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่เคยทราบหรือเคยทราบแต่ไม่ตระหนักมาก่อนว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง 2) ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงปฏิเสธการรักษาหรือไม่ได้รับการติดตามและรักษาอย่างถูกต้อง เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้ใช้ความพยายามอย่างเหมาะสมที่จะอธิบาย และสร้างความเข้าใจถึงผลเสียของโรคความดันโลหิตสูงที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย โดยอาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามจนเกิดความกระจ่าง ปลอบใจผู้ป่วยอาศัยข้อมูล จากความเชื่อหรือข่าวสารที่คลาดเคลื่อนมาใช้ตัดสินใจที่จะไม่ติดตามและไม่รักษาให้ดี 3) สาเหตุอื่นๆ เช่น ความไม่สะดวกในการเข้ามารับยาในโรงพยาบาล จากปัญหาด้านภูมิลำเนาที่อยู่ห่างไกล ระยะเวลาในการรอคอยเพื่อรับการตรวจรักษา ผลข้างเคียงของยา ได้รับยาที่ไม่มีคุณภาพ หรือ อุปสรรคที่ต้องใช้ยาาร่วมกันหลายชนิด ทำให้มีความลำบากในการรับประทานยาให้ครบถ้วน (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ซึ่งทุกปัจจัยล้วนมีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอหรือความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence) ผู้วิจัยตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษาสำรวจ (pilot study) โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ซึ่งมีอายุระหว่าง 40-60 ปี จำนวน 30 ราย พบว่า สาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอประกอบไปด้วย 8 สาเหตุ ได้แก่ 1) กลัวภาวะแทรกซ้อนของยาโดยเฉพาะผลต่อตับและไต 2) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรค



ความดันโลหิตสูงและยาที่ตนเองรับประทาน 3) สัมรับประทานยา 4) ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา เช่น เชื่อว่าถ้าความดันโลหิตปกติดีแล้ว ก็ไม่จำเป็นต้องรับประทานยา เป็นต้น 5) ยามีผลข้างเคียง ทำให้เกิดอาการไม่สบาย เช่น ไอ ขาบวม วิงเวียนศีรษะ เป็นต้น 6) ไม่ได้อ่านฉลากยา 7) ความไม่สะดวกในการไปรับยาเนื่องจากมีภาระหน้าที่รับผิดชอบเยอะ และ 8) ไม่เห็นคุณค่าของการรับประทานยา

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการทดลองใช้โปรแกรม/รูปแบบต่างๆ ที่ส่งเสริมพฤติกรรมและความร่วมมือในการรับประทานยาประกอบด้วยกิจกรรมหลายรูปแบบ ได้แก่ 1) วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้เรื่องยา ประสิทธิภาพของยา ผลข้างเคียงของยา การปฏิบัติเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยา ประโยชน์ของความร่วมมือในการรับประทานยา ความสำคัญการมาตรวจตามนัด 2) วิธีการดูแลตนเองที่เน้นความสามารถและทักษะในการดูแลตนเองให้รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ได้แก่ ฝึกการบริหารยา ฝึกปฏิบัติการอ่านฉลากยา ฝึกการจัดยา กิน และนำเสนอตัวแบบที่ดี 3) วิธีการติดตามและระบบเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยา ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ติดตาม การใช้ปฏิทินยา การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม 4) วิธีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นการประสานงานของทีมสุขภาพ ระบบจัดเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลการรับประทานยา โดยให้ผู้ป่วยบันทึกข้อมูลในสมุดคู่มือทุกสัปดาห์ 5) การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาและส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) 6) ใช้ระบบซอฟต์แวร์โปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลระดับความดันโลหิต แบบบันทึกการรับประทานยา การติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) (ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกะปิ่น และ ปาหนัน พิษยัญญู, 2559) (นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข, 2561; นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว, 2558) โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีที่หลากหลาย เช่น ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model หรือ Stage of Change) แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ทฤษฎีการปรับตัวของรอยและการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Roy's adaptation theory and Pender's health promotion model) เป็นต้น (นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข, 2561; นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว, 2558) เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ทฤษฎีแบบจำลองขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ โปรชาสกา มาออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม ซึ่งประกอบด้วย การประเมินระยะพฤติกรรมและจัดกิจกรรมให้สอดคล้องตามระยะพฤติกรรม การใช้หลักศรัทธา การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (ทินณรงค์ เรทหนู, มุกดา หนูยศรี และ นภา เพ็ญ จันทขัณฑ์, 2564)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรชาสกา (Prochaska & Velicer, 1997) และใช้ทฤษฎีว่าด้วยการรับรู้สมรรถภาพและศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัวเองของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1982) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ของโปรแกรมการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาของป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยแนวคิดนี้เน้นการตัดสินใจของบุคคลในการ



เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งต่างจากแนวคิดหรือทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่เน้นอิทธิพลทางสังคม นอกจากนั้นหากบุคคลรับรู้ว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมมีข้อดีมากกว่าข้อเสียก็จะตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น และหากบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองสูงก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ง่ายเช่นกัน ผู้วิจัยใช้กระบวนการพัฒนากิจกรรมในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ จำนวน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ขั้นก่อนตั้งใจหรือไม่สนใจปัญหา 2) ขั้นตั้งใจหรือลังเลใจ 3) ขั้นพร้อมปฏิบัติหรือตัดสินใจและเตรียมตัว 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ 5) ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ซึ่งหากโปรแกรมการให้ความรู้และคำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรต่อความร่วมมือในการใช้ยาของป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ดังกล่าวมีประสิทธิภาพดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่สม่ำเสมอ มีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น (Medication adherence) และควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สมมติฐานของการวิจัย

หลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้แล้ว ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prochaska & Velicer, 1997) เป็นโมเดลที่อธิบายความตั้งใจหรือความพร้อมของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยเน้นที่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคล มาพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร แบ่งกิจกรรมออกเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นก่อนตั้งใจหรือยังไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) 2) ขั้นตั้งใจหรือลังเลใจ (Contemplation) 3) ขั้นพร้อมปฏิบัติหรือขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) 5) ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม หรือขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) ได้กรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร

1. ขั้นก่อนเข้าใจ หรือ ขั้นไม่สนใจปัญหา (กิจกรรมกลุ่ม ก่อนพบแพทย์) (ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที) ประกอบด้วย

- ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค
- ให้ข้อมูลผลกระทบต่อนอง ครอบครัว และสังคม เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา
- ให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษาและเน้นความเชื่อที่ถูกต้องในการรับประทานยา
- ให้ข้อมูล ข้อดี ข้อเสียของการมีความร่วมมือในการรับประทานยา และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

2. ขั้นเข้าใจ หรือ ขั้นลังเลใจ (ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 10 นาที)

2.1 การประเมินสิ่งแวดล้อม

- สอบถามสภาพปัญหาด้านครอบครัว และสังคม ที่เป็นปัจจัยเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

2.2 การประเมินตนเอง

- สอบถามเรื่องความเชื่อ ความกังวล เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของความร่วมมือในการรับประทานยา

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

- สาธิตและฝึกทักษะการอ่านฉลากยา การเก็บรักษา การปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา และการพกยาติดตัวเสมอเมื่อออกนอกบ้าน

3. ขั้นพร้อมปฏิบัติ หรือขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที)

กิจกรรมการมีความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ

- เสริมพลังบวกและให้เห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
- หาแรงสนับสนุนทางสังคมโดยให้สมาชิกครอบครัว ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยา และเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยา

4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (ใช้เวลา 3 เดือน)

- ทดลองให้ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติและให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อให้เป็นช่องทางให้คำแนะนำหรือสอบถามข้อสงสัย

5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที)

- ชื่นชมผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงตามค่าเป้าหมาย รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่ยังมีผลความร่วมมือในการรับประทานยาไม่เปลี่ยนแปลง หรือมีระดับความดันโลหิตไม่ลดลงตามค่าเป้าหมาย

1. ความร่วมมือในการรับประทานยา
2. ระดับความดันโลหิต

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pretest-Posttest Comparison Group Design) คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมและได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโดยเภสัชกรตามปกติ ระยะเวลาในการทดลอง 3 เดือน

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตร.ปรอท (มม.ปรอท) (ประเมินย้อนหลัง 3 เดือน) ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่หนึ่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่สอง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 140 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

- 1) มีอายุ 30 ปีขึ้นไป
- 2) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
- 3) เข้ารับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่หนึ่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่สอง อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี
- 4) มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตร.ปรอท (ประเมินจากระดับความดันโลหิตที่มารับบริการย้อนหลัง 3 ครั้ง ติดต่อกัน)
- 5) สามารถอ่าน เขียน ฟังและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ รวมทั้งสามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้
- 6) ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลและติดตามได้
- 2) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคจิตเภท โรคสมองเสื่อม และภาวะไตเสื่อม ตั้งแต่ระยะที่ 4 ขึ้นไป
- 3) ผู้ป่วยที่มีความประสงค์ยุติการเข้าร่วมศึกษาวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 74 ราย ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการประมาณสัดส่วนของประชากร ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

$$n = \frac{p(1-p)}{e^2 + \frac{p(1-p)}{N}} \quad \text{แทนค่า } n = \frac{0.5(1-0.5)}{0.05^2 + \frac{0.5(1-0.5)}{84}}$$

เมื่อ n =ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, N =ขนาดของประชากร (84 ราย), e =ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้, Z =ค่า Z ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 ($Z=1.96$), p =สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p=0.5$)



จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ คือ 68 ราย เพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทั้งหมด คือ 74 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 37 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และเพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน จึงใช้การจับคู่ (Matching) ได้แก่ เพศ อายุ (± 2 ปี) และระดับความดันโลหิตซิสโตลิกครั้งล่าสุด (± 5 มิลลิเมตร.ปรอท) ที่ละคู่จนครบ 37 คู่ โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการตามขั้นตอนบริการปกติและได้รับการจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมโดยเภสัชกร แต่จะไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยา ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการตามขั้นตอนบริการปกติและได้รับการจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม รวมทั้งได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรคนเดียวกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงกิจกรรมที่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้รับ

กิจกรรม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่า BMI และ วัดค่าความดันโลหิต	ได้รับ	ได้รับ
สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	ได้รับ	ได้รับ
ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา	ได้รับ	ได้รับ
ใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร	ได้รับ	ไม่ได้รับ
พบแพทย์เพื่อตรวจรักษา	ได้รับ	ได้รับ
จ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม	ได้รับ	ได้รับ
ออกใบนัดตามรอบปกติ	ได้รับ	ได้รับ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ดังนี้

1. โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของโปรแชสกา (Prochaska & Velicer, 1997) เป็นโมเดลที่อธิบายความตั้งใจหรือความพร้อมของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยเน้นที่ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลมาพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร แบ่งกิจกรรมเป็น 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นก่อนตั้งใจหรือยังไม่สนใจปัญหา (Precontemplation) 2) ขั้นตั้งใจหรือสนใจเล็งใจ (Contemplation) 3) ขั้นพร้อมปฏิบัติหรือขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) 5) ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (Maintenance) นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้ทฤษฎีว่าด้วยการรับรู้สมรรถภาพและ ศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัวเองของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1982) ซึ่งกล่าวว่า “ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตัวเอามีอิทธิพล ต่อการเลือกกิจกรรมและเลือกสิ่งแวดล้อมของคน ความมั่นใจในความสามารถของตัวเอมีส่วนใหญ่จะ



มาจาก ประสบการณ์ในการจัดการกับชีวิตของตัวเอง โดยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จจะเพิ่มความมั่นใจให้เพิ่มมากขึ้น ระดับความมั่นใจในตัวเองในแต่ละ stage of change จะไม่เท่ากัน โดยในระดับ precontemplation และระดับ contemplation ผู้ป่วย จะมีระดับความมั่นใจในตัวเองใกล้เคียงกันและค่อยๆ เพิ่มขึ้นเมื่ออยู่ในระดับ preparation และเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนเมื่ออยู่ในระดับ action และ maintenance ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเองเพิ่มขึ้น จึงมีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม”

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นทั้งแบบเลือกตอบและให้เติมคำ จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ความดันโลหิตซิสโตลิกครั้งล่าสุด 4) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกครั้งล่าสุด 5) ดัชนีมวลกาย 6) โรคร่วมอื่น 7) จำนวน ยารักษาความดันโลหิตสูงที่ได้รับ 8) การไปตรวจตามนัดในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา 9) บุคคลที่ช่วยดูแลการ รับประทานยา 10) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 11) การสูบบุหรี่ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

3. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Assessment form for medication adherence in hypertensive patients; AMAP) ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเองโดยดัดแปลงจากแบบประเมิน Morisky Medication adherence Scale 8 item (MMAS) (Morisky et al, 2008) เป็นแบบสอบถามมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบของ Likert Scale 5 ระดับ ซึ่งเป็นข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ โดยตอบให้ตรงกับการ ปฏิบัติของตนเอง เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ ไม่เคย (น้อยที่สุด) ให้คะแนน=5 นานๆ ครั้ง (น้อย หรือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้คะแนน=4 บางครั้ง (ปานกลาง หรือ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้คะแนน=3 บ่อยครั้ง (มาก หรือ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์) ให้ คะแนน=2 และเป็นประจำ (มากที่สุด หรือทุกวัน) ให้คะแนน=1 เกณฑ์การแปลผลระดับความร่วมมือในการรับประทาน ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 ระดับ จากคะแนนเต็มเฉลี่ย 5 คะแนน คือ ระดับต่ำมาก (คะแนนเฉลี่ย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1) ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย มากกว่า 1 ถึง 2) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย มากกว่า 2 ถึง 3) ระดับ มาก (คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 3 ถึง 4) ระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย มากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์สาขาเวช ศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 ท่าน และเภสัชกรระดับชำนาญการขึ้นไป จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความร่วมมือในการ รับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 1.00 และ 0.92 ตามลำดับ โดยค่า CVI ที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทาน ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 0.93 และ 0.86 ตามลำดับ โดยค่า IOC ที่ยอมรับได้คือ 0.5 ขึ้นไป (นิรัช สุตสังข์, 2559)



2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่สาม จำนวน 15 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งที่สี่ จำนวน 15 คน รวมเป็น 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัย แล้วนำข้อมูลจากแบบประเมิน มาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ คือ 0.70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553) ผลวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะก่อนใช้โปรแกรม

ก่อนการใช้โปรแกรมผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) ที่มีการนัดตามรอบปกติของแพทย์ในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะมีการนัดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้าประมาณ 5-10 รายในแต่ละรอบของการนัดมาพบแพทย์ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณค่า BMI และวัดค่าความดันโลหิตหลังจากนั่งพักอย่างน้อย 15 นาที ที่ตำแหน่งแขนซ้ายด้วยท่านั่งในระยะเวลา 8.00-12.00 น. ด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติที่ได้รับการสอบเทียบคุณภาพมาตรฐานแล้ว ถ้ามีการวัดหลายครั้งจะบันทึกค่าจากการวัดครั้งแรก ประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Assessment form for medication adherence in hypertensive patients; AMAP) จากนั้นจัดผู้ป่วยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรม

2. ระยะดำเนินการใช้โปรแกรม

2.1 ขึ้นก่อนซังใจ หรือ ขึ้นไม่สนใจปัญหา (กิจกรรมกลุ่ม ก่อนพบแพทย์) (ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที)

กิจกรรมการกระตุ้นให้ตื่นตัว โดยเนื้อหาตัดแปลงจากแนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที เนื้อหาในกิจกรรมประกอบด้วย

- การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค
- การให้ข้อมูลผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา
- การให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ประโยชน์ของการรับประทานยา การรับประทานยาที่ถูกต้อง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษายาและเน้นความเชื่อที่ถูกต้องในการรับประทานยา
- การให้ข้อมูล ข้อดี ข้อเสีย ของการมีความร่วมมือในการรับประทานยา และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

2.2 ขึ้นซังใจ หรือ ขึ้นลังเลใจ มี 3 กิจกรรม (ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 10 นาที) ประกอบด้วย



2.2.1 การประเมินสิ่งแวดล้อม โดยสอบถามสภาพปัญหาด้านสภาพครอบครัว และสังคม ที่เป็นปัจจัยเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อความร่วมมือในการรับประทานยา

2.2.2 การประเมินตนเอง โดยสอบถามเรื่องความเชื่อ ความกังวล เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการรับประทานยา เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของความร่วมมือในการรับประทานยา

2.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการสาธิตและฝึกทักษะการอ่านฉลากยาของผู้ป่วยเอง การเก็บรักษา ยา การปฏิบัติเมื่อลืมรับประทานยา และการพกยาติดตัวเสมอเมื่อออกนอกบ้าน จากนั้นผู้วิจัยจะทวนสอบการใช้ยาของผู้ป่วยหากผู้ป่วยสามารถตอบและอ่านฉลากยาของตนเองได้ถูกต้องทั้งหมดในประเด็น ข้อบ่งใช้ ขนาดและวิธีรับประทานยา การเก็บรักษาโดยไม่แกะเม็ดยาไว้หรือไม่เก็บยาในที่อุณหภูมิสูง และการพกยาติดตัวเมื่อต้องออกนอกบ้าน จึงจะถือว่าผ่านการประเมิน

2.3 ขั้นพร้อมปฏิบัติ หรือขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที) กิจกรรมนี้ผู้วิจัยจะเสริมพลังบวกและให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง โดย 1)ให้ผู้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายของตนเองเกี่ยวกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เพื่อสร้างความรู้สึกรับรู้ของการประสบผลสำเร็จและมีกำลังใจในการดูแลตนเองหากทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือสามารถใช้ชีวิตอยู่กับคนที่เรารักได้ตามปกติ เป็นต้น และ 2)หาแรงสนับสนุนทางสังคมโดยให้สมาชิกครอบครัวคอยให้กำลังใจ ช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาและเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยา

2.4 ขั้นลงมือปฏิบัติ (ใช้เวลา 3 เดือน) ให้ผู้ป่วยกลับไปลงมือปฏิบัติเองที่บ้าน โดยให้อ่านฉลากยาก่อนและรับประทานยาตามฉลากยาของตนเอง ทั้งขนาดและวิธีรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่แกะเม็ดยาไว้ ไม่เก็บยาในที่อุณหภูมิสูง พกยาติดตัวเมื่อต้องออกนอกบ้าน และให้สมาชิกครอบครัวช่วยดูแลเรื่องการรับประทานยาและเตือนไม่ให้ลืมรับประทานยา โดยผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อให้เป็นช่องทางให้คำแนะนำ หรือสอบถามข้อสงสัย

2.5 ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม (ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที) เป็นขั้นตอนหลังใช้โปรแกรม ประมาณ 1 เดือน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความร่วมมือในการรับประทานยาและค่าความดันโลหิตในกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในวันที่มาใช้บริการตามนัด และขณะจ่ายยาผู้วิจัยจะให้คำชื่นชมผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาที่เพิ่มขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลงตามค่าเป้าหมาย(ทั้งชื่นชมด้วยวาจาและบันทึกคำชื่นชมลงในสมุดประจำตัวโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง) รวมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่ยังมีผลความร่วมมือในการรับประทานยาไม่เปลี่ยนแปลง หรือมีระดับความดันโลหิตไม่ลดลงตามค่าเป้าหมาย และแนะนำให้กลุ่มตัวอย่างคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในข้อ 2.4 อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

สำหรับระยะดำเนินการใช้โปรแกรมนี้ กลุ่มควบคุมจะได้รับบริการจ่ายยาตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรมตามปกติที่เภสัชกรทั่วไปให้ขณะจ่ายยา (ไม่ได้เจาะลึกตามขั้นตอนของโปรแกรม)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยประมวลผลข้อมูลโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



2. ทดสอบความเหมือนกันของข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งเป็นนามมาตรา (เพศ โรคร่วม การไปตรวจตามนัด บุคคลที่ช่วยดูแลการรับประทานยา การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Test for Homogeneity) และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นอัตราส่วนมาตรา (อายุเฉลี่ย ดัชนีมวลกายเฉลี่ย ความดันโลหิตเฉลี่ย และจำนวนยาลดความดันโลหิตเฉลี่ย) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการทดสอบ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยา ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Ranks test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann Whitney U Test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จริยธรรมการวิจัย

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เอกสารเลขที่ DUCPH 2567-7 วันที่ 31 ตุลาคม 2567 ถึง 31 ตุลาคม 2568 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และสามารถถอนจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น หากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมที่ให้สามารถเพิ่มความร่วมมือการเข้าและควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ จะนำไปใช้ในกลุ่มควบคุมหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.10 อายุเฉลี่ย 59.49 ปี (S.D.=7.34) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.70 กิโลกรัม/เมตร² (S.D.=4.85) ความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 147.43 มิลลิเมตร.ปรอท (S.D.=9.49) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 95.59 มิลลิเมตร.ปรอท (S.D.=6.59) จำนวนยาลดความดันโลหิตที่ได้รับเฉลี่ย 2.19 ชนิด (S.D.=0.52) ส่วนใหญ่มีไขมันในเลือดสูงเป็นโรคร่วม ร้อยละ 81.10 มาตรวจตรงตามนัด ร้อยละ 83.80 และรับประทานยาเอง ร้อยละ 91.90 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value}>.05$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=37)		กลุ่มควบคุม (n=37)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	17	45.90	17	45.90	
หญิง	20	54.10	20	54.10	
อายุเฉลี่ย (ปี) ($\bar{X} \pm S.D.$)	59.49 $\pm$ 7.34		59.14 $\pm$ 6.89		0.833 ^b
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²) ($\bar{X} \pm S.D.$)	25.70 $\pm$ 4.85		25.65 $\pm$ 4.83		0.964 ^b
ความดันโลหิตซิสโตลิก(มม.ปรอท) ($\bar{X} \pm S.D.$)	147.43 $\pm$ 9.49		146.89 $\pm$ 9.37		0.625 ^b
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก(มม.ปรอท) ($\bar{X} \pm S.D.$)	95.59 $\pm$ 6.59		95.57 $\pm$ 6.55		0.986 ^b
ยาลดความดันโลหิต(ชนิด) ($\bar{X} \pm S.D.$)	2.19 $\pm$ 0.52		2.08 $\pm$ 0.68		0.445 ^b
โรคร่วมอื่น					
ไม่มีโรคร่วม	7	18.90	4	10.80	0.115 ^a
ไขมันในเลือดสูง	30	81.10	33	89.20	
การไปตรวจตามนัด					
ตรงตามนัด	31	83.80	35	94.60	0.698 ^a
ไม่ตรงตามนัด	6	16.20	2	5.40	
บุคคลที่ช่วยดูแลการรับประทานยา					
ตนเอง	34	91.90	33	89.20	0.702 ^a
คนในครอบครัว	3	8.10	4	10.80	
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่มเลย	35	94.60	34	91.90	
น้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน	2	5.40	3	8.10	0.054 ^a
2-4 ครั้ง/เดือน	0	0	0	0	
2-3 ครั้ง/สัปดาห์	0	0	0	0	
มากกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์	0	0	0	0	
การสูบบุหรี่					
ไม่สูบเลย	30	81.10	29	78.40	
สูบเดือนละ 1-2 ครั้ง	0	0	0	0	0.631 ^a
สูบบางวันแต่น้อยกว่าสัปดาห์ละครั้ง	0	0	0	0	
สูบสัปดาห์ละ 1 ครั้งแต่ไม่ได้สูบบุหรี่ทุกวัน	7	18.90	8	21.60	
สูบบุหรี่ทุกวัน	0	0	0	0	

^aใช้สถิติ Chi-Square test, ^bใช้สถิติ Independent t-test, *p-value<.05



ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลอง ก่อนใช้โปรแกรมฯ จำแนกรายชื่อ พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาก่อนใช้โปรแกรมฯ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 3.64 (S.D.=0.14) โดยพบว่า รับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ครบตามเวลาหรือตามขนาดที่แพทย์สั่ง ($\bar{X}=2.14$, S.D.=0.42) เคยหยุดยาหรือลดขนาดยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงเองเมื่อพบว่ามีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาความดันโลหิตสูง เช่น โອมาก ทำบวม ปวดศีรษะ เป็นต้น ($\bar{X}=2.54$, S.D.=0.51) และเคยลืมรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง ($\bar{X}=2.65$, S.D.=0.48) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง ก่อนใช้โปรแกรมฯ จำแนกรายชื่อ (n=37)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
1. ลืมรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงของตนเอง	2.65	0.48
2. หยุดยาหรือลดขนาดยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงเอง เมื่อรู้สึกกลัวว่าตับและไตจะเสื่อม เป็นต้น	4.16	0.50
3. หยุดยาหรือลดขนาดยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงเอง เมื่อพบว่ามีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาความดันโลหิตสูง เช่น โອมาก ทำบวม ปวดศีรษะ เป็นต้น	2.54	0.51
4. หยุดรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูง หากรู้สึกว่าการใช้ยาของโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้	3.81	0.46
5. ขาดยาหรือรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่อเนื่อง	3.97	0.16
6. ลืมพกยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงติดตัวไปด้วยเมื่อออกจากบ้านหรือเดินทางไกล	3.95	0.23
7. รับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงไม่ครบตามเวลาหรือตามขนาดที่แพทย์สั่ง	2.14	0.42
8. หากได้รับยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงหลายชนิด จะเลือกรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงเพียงบางชนิด	4.35	0.54
9. รู้สึกอึดอัดที่ต้องรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงทุกวันอย่างเคร่งครัด หรือเข้มงวด	3.95	0.23
10. รู้สึกว่ามีความยุ่งยากทุกวันในการจดจำวิธีรับประทานยาสำหรับรักษาโรคความดันโลหิตสูงแต่ละอย่างให้ถูกต้อง	4.92	0.28
ความร่วมมือในการรับประทานยาเฉลี่ย	3.64	0.14



ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง

ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร หลังใช้โปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยา ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.10) สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\bar{X}=3.64$, S.D.=0.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ($\bar{X}=141.46$, S.D.=8.76) มีค่าน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\bar{X}=147.43$, S.D.=9.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ($\bar{X}=91.27$, S.D.=6.44) มีค่าน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ ($\bar{X}=95.59$, S.D.=6.59) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร (n=37)

ตัวแปร	ก่อนใช้โปรแกรมฯ		หลังใช้โปรแกรมฯ		t/z	p value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความร่วมมือในการรับประทานยา	3.64	0.14	3.95	0.10	-12.128 ^c	<.001*
ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท)	147.43	9.49	141.46	8.76	-5.251 ^d	<.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท)	95.59	6.59	91.27	6.44	-4.977 ^d	<.001*

^cใช้สถิติ paired t-test, ^d ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test, *p-value <.05

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้โปรแกรม

การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกร พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.10) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=3.69$, S.D.=0.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=141.46$, S.D.=8.76) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=146.76$, S.D.=8.09) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}=91.27$, S.D.=6.44) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{X}=95.95$, S.D.=4.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($z=-3.839$, $p\text{-value}<.001$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=37)		กลุ่มควบคุม(n=37)		t/z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความร่วมมือในการรับประทานยา						
ก่อนใช้โปรแกรม ฯ	3.64	0.14	3.65	0.15	-0.324 ^e	.747
หลังใช้โปรแกรม ฯ	3.95	0.10	3.69	0.16	8.074 ^e	<.001*



ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรับประทานยาและระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง(n=37)		กลุ่มควบคุม(n=37)		t/z	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก						
ก่อนใช้โปรแกรม ฯ	147.43	9.49	146.89	9.37	-0.469 ^s	.639
หลังใช้โปรแกรม ฯ	141.46	8.76	146.76	8.09	-3.720 ^s	<.001*
ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก						
ก่อนใช้โปรแกรม ฯ	95.59	6.59	95.57	6.55	-0.126 ^s	.900
หลังใช้โปรแกรม ฯ	91.27	6.44	95.95	4.37	-3.839 ^s	<.001*

^sใช้สถิติ Independent t-test, ^sใช้สถิติ Mann Whitney U Test, *p-value <.05

อภิปรายผล

1. ความร่วมมือในการรับประทานยา ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยาโดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการกระตุ้นให้ตื่นตัวโดยการสร้างความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค รวมทั้งความเชื่อที่ถูกต้องและประโยชน์ในการรับประทานยา นอกจากนั้นการได้สอบถามถึงความกังวลเกี่ยวกับการรับประทานยาและการช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตัวเอง ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรับประทานยามากขึ้นซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของโปรแชสกา (Prochaska & Velicer, 1997) และทฤษฎีว่าด้วยการรับรู้สมรรถภาพและศักยภาพที่มีอยู่ภายในตัวเองของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura, 1982) สอดคล้องกับ ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกะปิ่น และปาหนัน พิชยภิญโญ (2559) ที่พบว่าเมื่อ ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ยาแล้ว จะทำให้การใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสมมากขึ้น โดยหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แล้ว ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าก่อนการทดลอง (p-value<.05) และนั่นทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว (2558) ที่พบว่า หลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในสัปดาห์ที่ 8 ของผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) นอกจากนี้ ศิริพร พรหมรัตน์, พนิดา คำพล และณัฐธัญญา คำพล (2564) พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้เภสัชกรรมทางไกล ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีความร่วมมือในการใช้ยา ระดับปานกลางถึงดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) รวมทั้งสุภาพร สุปินธรรม (2566) ก็พบว่าหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (เป็นตัวแทนโรคเรื้อรัง) ที่เข้าร่วมโครงการการส่งมอบยา



ให้ผู้ป่วยถึงบ้านด้วยระบบบริการเภสัชกรรมทางไกล มีคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการใช้ยาตามสเกลของมอริสกีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 6.18 (S.D.=0.95) เป็น 7.36 (S.D.=0.79) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ทินณรงค์ เรทนู, มุกดา หนูยศรี และ นภาพิณ จันทขัมมา (2564) ที่เปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยา แล้วพบว่าหลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานยา ความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมและระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.ระดับความดันโลหิต ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และการให้คำปรึกษาด้านยา โดยเภสัชกรในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกน้อยกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าเมื่อผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น จะทำให้การใช้ยาเป็นไปอย่างถูกต้อง ต่อเนื่องและเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้การรักษาโรคมึนแวนมที่ดีขึ้นกว่าผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา สอดคล้องกับ ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกะปิ่น และปาหนัน พิษยภิญโญ (2559) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น จำเป็นต้องได้รับโปรแกรมที่มีความเฉพาะ และฝึกฝนเพื่อให้มีความฉลาดทางสุขภาพในด้านการใช้ยาเพิ่มเติม จึงจะสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและทำให้ผลการรักษาด้วยยาได้ผลตามเป้าหมาย และนันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุณณโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว (2558) ยังพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ หากมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะทำให้ระดับความดันโลหิตในสัปดาห์ที่ 8 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทินณรงค์ เรทนู, มุกดา หนูยศรี และนภาพิณ จันทขัมมา (2564) ที่พบว่าหลังใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาแล้ว ทำให้กลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม และมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) นอกจากนี้ สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2563) ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองแล้ว จะมีระดับความดันโลหิตต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

เภสัชกรที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นต้นแบบ (model) พัฒนาหลักสูตรอบรมหรือประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง วัณโรค ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ให้มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและผลกระทบจากโรคเรื้อรังในระยะยาว



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวในช่วง 6, 9 และ 12 เดือน เพื่อเปรียบเทียบความต่อเนื่องของความร่วมมือในการใช้ยา
2. การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น ทำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม จะทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น
3. การวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยตรงร่วมด้วย เช่น การนับเม็ดยาเทียบกับวันนัด สามารถเป็นข้อมูลสนับสนุนต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่อำนวยความสะดวก ให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ข่าวเพื่อสื่อมวลชน*. สืบค้นจาก:

https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=43037&deptcode=brc&news_views=3244

กองยุทธศาสตร์และแผน กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข 2560*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สืบค้นจาก: <http://www.pcko.moph.go.th/Health-Statistics/statistics60.pdf>

ทินณรงค์ เรทนู , มุกดา หนูยศรี และนภาพิณ จันทขัมมา. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอหนองบัว จังหวัดนครพนม. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 35(1), 90-107.

นันทิกานต์ หวังจิ, อุมพร ปุญญโสพรรณ และไหมไทย ศรีแก้ว. (2558). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุมุสลิมที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. *การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 34 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 835-846. สืบค้นจาก <https://gsbooks.gs.kku.ac.th/58/the34th/pdf/MMO11.pdf>

นิรัช สุดสังข์. (2559). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการออกแบบ*. กรุงเทพมหานคร: โอเอสพริ้นติ้งเฮาส์.

นิตยาทิพย์ แสนแดง และชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(3), 33-41.

บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปิยมนต์ รัตนผ่องใส, สุนีย์ ละกำป็น และ ปาหนัน พิษยภิญโญ. (2559). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ในการใช้ยาต่อความฉลาดทางสุขภาพด้าน การใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(4), 50-62.



เอกสารอ้างอิง

- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้าน
การแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC). สืบค้นจาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. สืบค้นจาก:
<http://www.thaihypertension.org/guideline.html>
- ศิริพร พรหมรัตน์, พนิดา คำผล และณัฐธิดา คำผล. (2564). ผลของโปรแกรมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้
เภสัชกรรมทางไกลในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *ไทยเฝ้าระวังนิพนธ์*, 17(1), 31-41.
- สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อังวัฒนา และเดชา ทำดี. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม
สุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*, 47(2), 85-97.
- สุภาพร สุปินธรรม. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้
รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน. *เภสัชกรรมคลินิก*, 29(1), 51-64.
- Bandura A. (1982). Self-efficacy: Mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-47.
- Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward H.J. (2008). Predictive validity of a medication
adherence measure for hypertension control. *Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348-354.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change.
American Journal of Health Promotion, 12(1), 38-48.
- World Health Organization. (2023). Hypertension. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.



ความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจร่างกายกับผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ของประชากรวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทในจังหวัดลำปาง

ยุทธนา หมั่นดี^{1*}, ปวเรศ ปัญญาใจ¹, ทมนัย ลำทา¹ และนนทรรัตน์ ทรายขาว¹

¹คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

(วันที่รับบทความ: 11 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 29 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 3 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย, ชีพจร, ความดันโลหิต และสมรรถภาพปอด กับผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ได้แก่ ความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในเลือด ร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด จำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร, ปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง น้ำหนักเฉลี่ยของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง และความเข้มข้นเฉลี่ยของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง โดยศึกษาข้อมูล จากแบบบันทึกผลการตรวจร่างกายและตรวจเลือดของประชากรวัยทำงาน อายุระหว่าง 20-59 ปี ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทของจังหวัดลำปาง จำนวนทั้งสิ้น 788 ราย เป็นเพศชาย 257 ราย และเพศหญิง 531 ราย เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 26 ตุลาคม ถึง 3 พฤศจิกายน 2567 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีสุขภาพดีที่เข้ารับการตรวจ เพศชายอายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง 3 ค่าแรก ขณะที่ดัชนีมวลกายและความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง 3 ค่าแรก ส่วนเพศหญิงอายุมีความสัมพันธ์กับปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง ดัชนีมวลกาย ชีพจร ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีความสัมพันธ์กับ ค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง หลายค่า จากผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ค่าผลการตรวจร่างกายบางค่ามีศักยภาพในการใช้เป็นตัวบ่งชี้ค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ที่ใช้วินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการสำหรับภาวะโลหิตจางได้ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรวัยทำงาน แต่กลไกทางสรีรวิทยาของความสัมพันธ์เหล่านี้ ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

คำสำคัญ: วัยทำงาน, สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท, ความสัมพันธ์, การตรวจร่างกาย, การตรวจเม็ดเลือดแดง

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ยุทธนา หมั่นดี; yuttana_mun@nation.ac.th



Correlations between Results of Physical Examination and Red Blood Cell Testing of Working-Age Populations in Suburbs Society of Lampang Province

Yuttana Munde^{1*}, Pawaret Panyajai¹, Thomanai Lamtha¹ and Nontharat Saikhao¹

¹Faculty of Medical Technology, Nation University, Muang District, Lampang Province

(Received: 11 April 2025; Revised: 29 May 2025; Accepted: 3 June 2025)

Abstract

This retrospective, descriptive, cross-sectional study was to examine the correlation between physical examination results (body mass index (BMI), pulse rate, blood pressure) and pulmonary function, and results of red blood cell testing (hemoglobin, hematocrit, red blood cell concentration, mean corpuscular volume, mean corpuscular hemoglobin, and mean corpuscular hemoglobin concentration). Data were collected from physical examination and blood test record form of the working-age population, aged 20-59 years, in the suburban society of Lampang Province. There were 788 cases including 257 males and 531 females. The data were collected between October 26 to November 3, 2024. Descriptive statistics were used to analyze, and correlation coefficients were determined. The results shown that in healthy men age was negatively correlated with the first three values of red blood cell test, while BMI and diastolic blood pressure were positively correlated with the first three values of red blood cell test. In women, age was correlated only with mean corpuscular volume, while BMI, pulse rate, systolic blood pressure, and diastolic blood pressure were correlated with several values of red blood cell test. These results suggest that some physical examination values have the potential to be used as indicators for red blood cell test results. Which can be further use for laboratory diagnosis of anemia, especially in the working-age population. However, the physiological mechanisms of these correlations need to be further studied.

Keywords: working age, suburban society, relationship, physical examination, red blood cell test

***Corresponding author:** Yuttana Munde; yuttana_mun@nation.ac.th



บทนำ

สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทเกิดจากการขยายตัวของเขตเมือง เมื่อประชากรในเขตเมืองเพิ่มขึ้น รายได้เพิ่มขึ้น เทคโนโลยีการขนส่งดีขึ้น และแหล่งงานกระจายออกนอกของตัวเมือง จึงมีลักษณะผสมผสานกันระหว่างสังคมเมือง และสังคมชนบท (Harris, 2015) และเริ่มมีความเจริญทางวัตถุแทรกเข้ามา มีประชากรหลากหลายมากขึ้น ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเริ่มห่างเหิน วิถีชีวิตเริ่มเปลี่ยนไปเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ ปัญหาในสังคมเริ่มซับซ้อน กลายเป็นสังคมเมืองมากขึ้น แต่ก็ยังไม่ได้เป็นสังคมเมืองอย่างเต็มรูปแบบ (ทัศนาศ พงศ์การณกิจ, 2558) ประชากรวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีโอกาสเข้าถึงบริการทางสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชนน้อยกว่าประชากรวัยทำงานในสังคมเมือง โดยเฉพาะการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เด็ก สตรี และคนพิการ ที่ไม่ทั่วถึง แม้ว่าจะมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขในด้าน การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลขั้นต้น การใช้ยาและเวชภัณฑ์ การส่งต่อผู้ป่วย และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ อยู่ในพื้นที่ก็ตาม (สำนักสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) หลังจากมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ตาม พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) พ.ศ. 2542 ทำให้ อบจ. เข้ามามีบทบาทด้านการดูแลสุขภาพ ประชากรวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทมากขึ้น (มูลนิธิบริการสุขภาพ, 2562) เปิดโอกาสให้การบริการวิชาการสู่สังคม ในกิจกรรมเทคนิคการแพทย์ชุมชน ของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น (ลำปาง) ได้ร่วมมือกับ รพ.สต. และ อสม. ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ของอำเภอแม่ทะ และอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในการใช้ทักษะวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ในการออกตรวจสุขภาพประชาชน รวมทั้งทำให้คณาจารย์และนิสิตเทคนิคการแพทย์ ได้ประสานงานและทำงานร่วมกับชุมชนอย่างใกล้ชิด เป็นโอกาสที่ดีในการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะวิชาชีพในสถานการณ์จริง โดยการบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเท่าที่จำเป็น ตรวจร่างกายและตรวจความสมบูรณ์ของเลือด ของประชากรวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทดังกล่าว

ข้อมูลส่วนบุคคลที่บันทึกไว้ ได้แก่ เพศ และอายุ การตรวจร่างกายประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก (weight) และวัดส่วนสูง (height) ที่ใช้คำนวณเป็นค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) ซึ่งใช้ประเมินภาวะความอ้วนและผอมในผู้ใหญ่ที่อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป คำนวณได้โดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและวัดส่วนสูงเป็นเมตร (เซนติเมตรที่หารด้วย 100) นำมาเข้าสู่สูตร $BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัว [kg]}}{\text{ส่วนสูง}^2 [\text{m}]}$ ซึ่งมีเกณฑ์มาตรฐาน คือ BMI น้อยกว่า 18.5 บ่งชี้ว่าผอม 18.5-25.0 บ่งชี้ว่าปกติ 25.0-30.0 บ่งชี้ว่าเริ่มอ้วน 30.0-35.0 บ่งชี้ว่าอ้วน และมากกว่า 35.0 บ่งชี้ว่าอ้วนมาก (ไบโอเซ็นเซอร์, 2565) การวัดชีพจร (pulse) การวัดความดันโลหิต (blood pressure; BP) ประกอบด้วย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic BP; Sys BP) และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic BP; Dias BP) และการตรวจสมรรถภาพปอด (pulmonary function test; PFT หรือ lung function test) ประกอบด้วย ร้อยละของค่าความหมายของปริมาตรอากาศที่เป่าออกอย่างแรงและเร็วจนหมดหลังการหายใจเข้าเต็มที่ (% forced vital capacity; %FVC) ถ้าน้อยกว่า 80% หมายถึง ปอดขยายตัวน้อย และร้อยละของค่าความหมายของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงในวินาทีแรก



(% forced expiratory volume in one second; %FEV1) ถ้าน้อยกว่า 80% หมายถึง หลอดลมอุดกั้น แต่ถ้า %FVC และ %FEV1 น้อยกว่า 80% ทั้งสองค่า หมายถึง ปอดมีความจุต่ำร่วมกับหลอดลมอุดกั้น (โรงพยาบาลพระราม 9, 2568)

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) หรือภาวะซีด ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย ในกลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 20-60 ปี พบว่าอัตราการพบภาวะโลหิตจางในประชากรภาคเหนือมีแนวโน้มสูงกว่าภาคอื่นๆ ของประเทศ โดยมีสาเหตุหลักมาจากการขาดธาตุเหล็กและโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งเป็นโรคทางพันธุกรรมที่มีอุบัติการณ์สูงในพื้นที่นี้ นอกจากนี้ ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการขาดการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปี ยังส่งผลให้ประชาชนจำนวนมากไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะโลหิตจาง ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน และคุณภาพชีวิตในระยะยาว จากการที่ร่างกายมีจำนวนเม็ดเลือดแดงน้อยกว่าปกติ (Sheikh, 2023). ทำให้ hemoglobin (Hb) ที่บรรจุอยู่ในเม็ดเลือดแดงนำออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงเซลล์และเนื้อเยื่อในอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายได้น้อยลง ผู้ป่วยจึงมีอาการ เหนื่อยง่าย ซีด เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น (พบแพทย์, 2565) ภาวะนี้ จึงควรมีมาตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มวัยทำงานให้มากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2566) โดยการประเมินจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่นิยมใช้ตรวจกันมากที่สุด ได้แก่ การตรวจความสมบูรณ์ของเลือด (Complete Blood Count; CBC)

ภาวะโลหิตจางบ่งชี้ได้จาก ค่าผลการตรวจ CBC โดยเฉพาะในส่วนของการตรวจเม็ดเลือดแดงหรือ anemic markers ได้แก่ 1.) ค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ในเลือด (Hemoglobin; Hb) ซึ่งมีค่าปกติ ในผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี เพศชาย 13.0-18.0 g/dL และเพศหญิง 12.0-15.0 g/dL 2.) ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด (hematocrit; Hct) ซึ่งมีค่าปกติ ในผู้ใหญ่เพศชาย 41-50 % และเพศหญิง 36-44 % 3.) ค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร (Red Blood Cell; RBC) ซึ่งมีค่าปกติ ในผู้ใหญ่เพศชาย $4.2-5.4 \times 10^6/\mu\text{L}$ และเพศหญิง $3.6-5.0 \times 10^6/\mu\text{L}$ 4.) ค่าปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง (Mean Corpuscular Volume; MCV) ซึ่งมีค่าปกติ ในผู้ใหญ่ 78-98 fL 5.) ค่าน้ำหนักเฉลี่ยของ hemoglobin ในเม็ดเลือดแดง (Mean Corpuscular Hemoglobin; MCH) ซึ่งมีค่าปกติ ในผู้ใหญ่ 27-32 pg และ 6.) ค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของ hemoglobin ในเม็ดเลือดแดง (Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration; MCHC) ซึ่งมีค่าปกติ ในผู้ใหญ่ 28-33 g/dL (เมตไทย, 2563)

จากข้อมูลส่วนบุคคลและผลการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย Sex, Age, BMI, Pulse, Sys BP, Dias BP, %FVC และ %FEV1 และผลการตรวจ CBC เฉพาะส่วนของการตรวจเม็ดเลือดแดง ประกอบด้วย Hb, Hct, RBC, MCV, MCH และ MCHC ของประชากรวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ในอำเภอแม่ทะ และอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ประกอบกับการสืบค้นเอกสารทางวิชาการก่อนดำเนินการวิจัยนี้ พบว่ายังไม่มีรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสองชุดนี้ จึงเห็นสมควรทำการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจร่างกายกับผลการตรวจเม็ดเลือดแดงของประชากรวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทในจังหวัดลำปางดังกล่าว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะประชาชนในวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

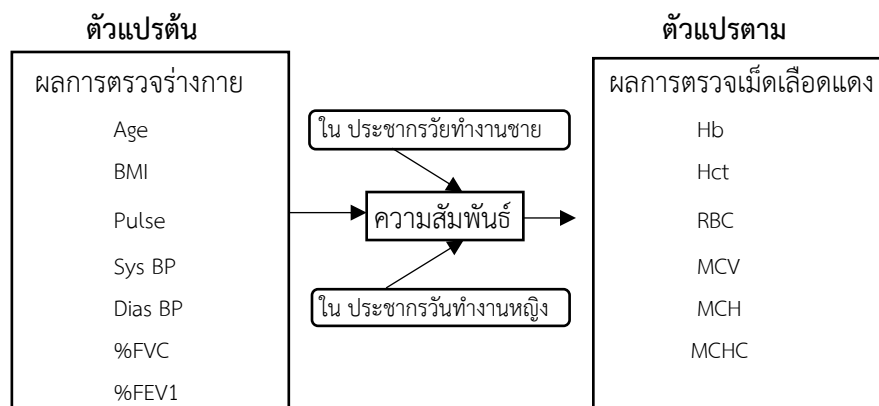
หาความสัมพันธ์ระหว่างค่าผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ BMI, Pulse, Sys BP, Dias BP, %FVC, %FEV1 กับค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ได้แก่ Hb, Hct, RBC, MCV, MCH, MCHC ในประชากรวัยทำงานทั้งเพศชายและหญิงในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดลำปาง

สมมติฐานของการวิจัย

ค่าผลการตรวจร่างกายมีความสัมพันธ์กับค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ทั้งในประชากรวัยทำงานชายและประชากรวัยทำงานหญิง ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ ค่าผลการตรวจร่างกายกับตัวแปรตาม ได้แก่ ค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ในประชากรวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดลำปาง แยกกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Retrospective descriptive cross-sectional study) ทำการศึกษาจากข้อมูลที่ได้จาก แบบบันทึกผลการตรวจร่างกายและตรวจเลือด ของประชากรวัยทำงาน ในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดลำปาง

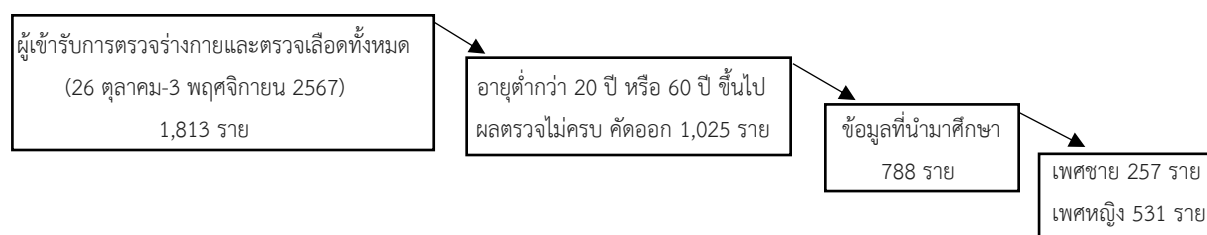
ประชากร คือ ประชาชนวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ที่เข้ารับการตรวจร่างกายและตรวจเลือด ณ รพ.สต. ในพื้นที่อำเภอแม่ทะ และอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ในระหว่าง วันที่ 26 ตุลาคม ถึง 3 พฤศจิกายน 2567 จำนวนทั้งหมด 1,813 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า เพศชายและหญิง วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ อายุ ระหว่าง 15-80 ปี ที่มีสุขภาพดี ไม่แสดงอาการของโรคประจำตัวใดใด ที่เข้ารับการตรวจร่างกายและตรวจเลือด จำนวนทั้งหมด 1,813 ราย



เกณฑ์การคัดออก คือ อายุต่ำกว่า 20 ปี หรืออายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ข้อมูลการตรวจร่างกายหรือการตรวจเลือด ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวนที่ถูกคัดออก ทั้งหมด 1,025 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงานทั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่อาศัยในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ในอำเภอแม่ทะ และอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ทั้งหมด 788 ราย เป็น เพศชาย 257 ราย และเพศหญิง 531 ราย ทำการศึกษาแบบจำเพาะเจาะจงในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด



ภาพที่ 2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือการวิจัย

การบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ใช้แบบบันทึกข้อมูลผู้เข้ารับการตรวจร่างกายและตรวจเลือด จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ เพศ และอายุ ที่ได้มาจากบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ที่มีข้อมูลดังกล่าว ซึ่งผู้เข้ารับการตรวจนำมาแสดง

การบันทึกข้อมูลผลการตรวจร่างกาย ใช้แบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก (weight) และส่วนสูง (height) ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักที่วัดส่วนสูงได้ การคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ การวัดชีพจร (pulse) และความดันโลหิต (Sys BP & Dias BP) ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่วัดชีพจรได้ การวัดสมรรถภาพของปอด ได้แก่ ค่าร้อยละของค่าคาดการณ์ของปริมาตรอากาศที่เป่าออกอย่างแรงและเร็วจนหมดหลังการหายใจเข้าเต็มที่ (% FVC) และค่าร้อยละของค่าคาดการณ์ของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างเร็วและแรงในวินาทีแรก (%FEV1) ใช้เครื่อง spirometer

การบันทึกข้อมูลผลการตรวจความสมบูรณ์ของเลือด ใช้แบบบันทึกข้อมูลผลการตรวจ CBC เฉพาะส่วนของเม็ดเลือดแดงเท่านั้น จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ในเลือด (Hb) ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด (Hct) ค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร (RBC) ค่าปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง (MCV) ค่าน้ำหนักเฉลี่ยของ hemoglobin ในเม็ดเลือดแดง (MCH) และค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของ hemoglobin ในเม็ดเลือดแดง (MCHC) ใช้เครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ รุ่น Sysmex XN-550

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องชั่งน้ำหนักที่วัดส่วนสูงได้ ควบคุมคุณภาพการชั่งน้ำหนักโดยใช้ชั่งตวงน้ำหนักมาตรฐาน ควบคุมคุณภาพการวัดส่วนสูงโดยใช้แถบวัดความยาวมาตรฐาน ควบคุมคุณภาพโปรแกรมคอมพิวเตอร์คำนวณดัชนีมวลกายโดยทดสอบการคำนวณเปรียบเทียบกับเครื่องคิดเลขที่ได้มาตรฐาน ควบคุมคุณภาพเครื่องวัดความดันโลหิตที่วัดชีพจรได้โดยการใช้วัด



เปรียบเทียบกับเครื่องมาตรฐานในโรงพยาบาล ควบคุมคุณภาพเครื่อง spirometer โดยการวัดเปรียบเทียบกับเครื่องมาตรฐานในโรงพยาบาล และการควบคุมคุณภาพเครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ รุ่น Sysmex XN-550 โดยการตรวจสอบกับตัวอย่างควบคุมคุณภาพทางโลหิตวิทยามาตรฐาน แบบที่มีค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ต่ำ ปกติ และสูง เครื่องมือทั้งหมดผ่านการสอบเทียบมาตรฐานจากบริษัทผู้ผลิตเป็นประจำปี เพื่อให้ได้มาตรฐานและพร้อมใช้งานตลอดเวลาในการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ในประชากรวัยทำงานในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ในอำเภอแม่ทะ และอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จากข้อมูลทั้งหมดตามเกณฑ์คัดเข้า 1,813 ราย ถูกคัดออกตามเกณฑ์คัดออก 1,025 ราย เหลือข้อมูลที่น่าสนใจ ศึกษา 788 ราย เป็นเพศชาย 257 ราย เพศหญิง 531 ราย
2. เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและผลการตรวจร่างกาย จากแบบบันทึกข้อมูลผู้เข้ารับการตรวจร่างกาย ในกิจกรรมบริการวิชาการชุมชน ที่เป็นความร่วมมือกันระหว่าง รพ.สต.ในพื้นที่ กับคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น จังหวัดลำปาง ประกอบด้วย Sex, Age, BMI, Pulse, Sys BP, Dias BP, %FVC, %FEV1
3. สำหรับผลการตรวจเลือด เฉพาะส่วนของเม็ดเลือดแดง ได้จากผลการตรวจของแต่ละราย ที่พิมพ์ออกมาจากเครื่องตรวจนับเม็ดเลือดอัตโนมัติ รุ่น Sysmex XN-550 ที่ตรวจโดย คลินิกเทคนิคการแพทย์ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น จังหวัดลำปาง ที่นำมาบันทึกลงใน โปรแกรม data base ในคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย Hb, Hct, RBC, MCV, MCH, MCHC เพื่อนำไปวิเคราะห์ผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ได้แก่ ค่าผลการตรวจร่างกาย (Age, BMI, Pulse, Sys BP, Dias BP, %FVC, %FEV1) และค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง (Hb, Hct, RBC, MCV, MCH, MCHC) ทำการวิเคราะห์แยกกลุ่มตามเพศ เป็นกลุ่มเพศชายและกลุ่มเพศหญิง เนื่องจากค่าปกติของแต่ละเพศต่างกัน
2. การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient; r) ด้วย regression line ใน scatter diagram ระหว่าง ค่าผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ BMI, Pulse, Sys BP, Dias BP, %FVC, %FEV1 กับค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ได้แก่ Hb, Hct, RBC, MCV, MCH & MCHC แยกกันอย่างอิสระในกลุ่มเพศชายและเพศหญิง กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ $p < .05$



จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น เลขที่ มนช.จธ.1-003/2568 วันที่รับรอง 20 กุมภาพันธ์ 2568 วันหมดอายุ 19 กุมภาพันธ์ 2569 โดยมีการพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัครวิจัยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก (Weight; กิโลกรัม) ส่วนสูง (Height; เมตร) ดัชนีมวลกาย (BMI) ชีพจร (Pulse; ครั้งต่อนาที) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Sys BP) และขณะหัวใจคลายตัว (Dias BP; มิลลิเมตรปรอท) ค่าร้อยละของค่าคาดการณ์ของปริมาตรอากาศที่เป่าออกอย่างแรงและเร็วจนหมดหลังการหายใจเข้าเต็มที่ (%FVC) และค่าร้อยละของค่าคาดการณ์ของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงในวินาทีแรก (%FEV1) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อายุ และผลการตรวจร่างกาย ในเพศชาย (n=257) และเพศหญิง (n=531)

Parameter	Age		Weight		Height		BMI		Pulse		Sys BP		Dias BP		%FVC		%FEV1	
Sex	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female
$\bar{x}$	48	48	66	59	1.66	1.56	24	24	83	83	130	124	82	79	86	91	98	101
S.D.	10	9	16	12	0.07	0.06	5	5	12	12	15	14	11	10	15	14	17	16
Max	59	59	163	105	1.83	1.75	52	40	123	123	184	165	120	111	134	147	166	165
Min	21	20	35	28	1.40	1.39	15	14	51	47	90	84	53	43	41	54	52	50

ผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ได้แก่ ค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ในเลือด (Hb; g/dL) ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด (Hct; %) ค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร (RBC; $\times 10^6/\mu\text{L}$) ค่าปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง (MCV; fL), ค่าน้ำหนักเฉลี่ยของ hemoglobin ในเม็ดเลือดแดง (MCH; pg) และค่าความเข้มข้นเฉลี่ยของ hemoglobin ในเม็ดเลือดแดง (MCHC; g/dL) ตามลำดับ ของทั้งสองเพศ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ในเพศชาย (n=257) และเพศหญิง (n=531)

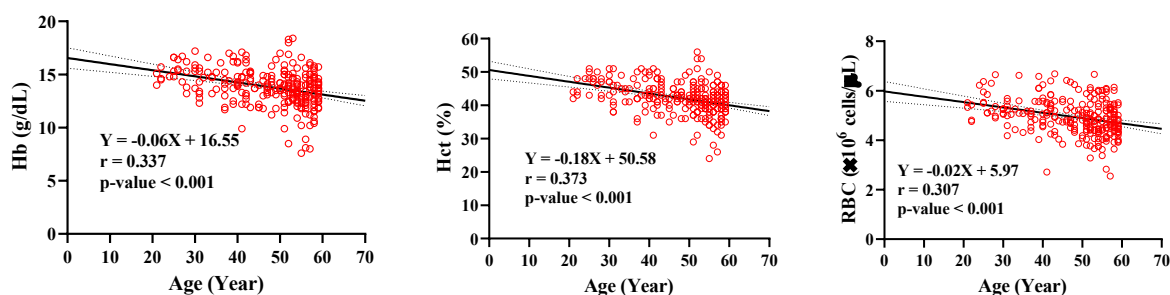
Parameter	Hb		Hct		RBC		MCV		MCH		MCHC	
Sex	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female
$\bar{x}$	13.9	12.2	42	38	4.96	4.60	87	84	29	27	33	32
S.D.	1.8	1.5	5	4	0.72	0.63	11	11	4	4	1	1
Max	18.4	17.5	56	53	6.68	8.65	115	106	38	34	36	38
Min	8.0	6.1	26	22	2.55	2.79	52	52	17	16	25	24

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์

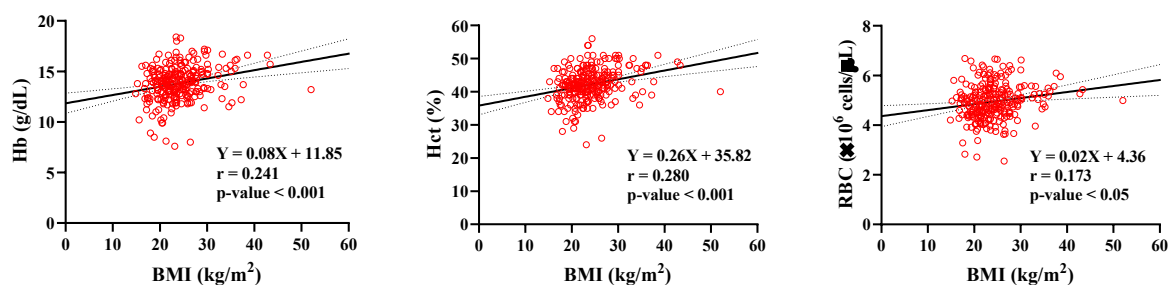
เพศชายพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่าง Age กับ Hb, Hct & RBC ($p < .001$ ทั้ง 3 คู่, $r = -.337, -.373$ และ $-.307$) ตามลำดับ ดังภาพที่ 3 พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง BMI กับ Hb, Hct และ RBC ($p < .001, .001$ และ $.05$,



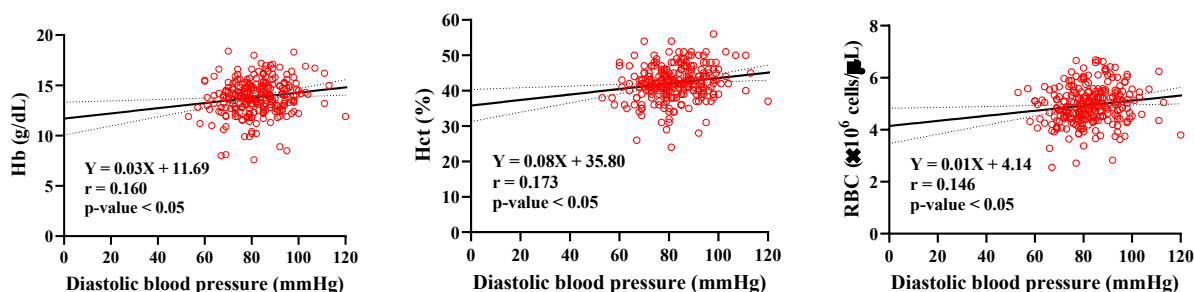
$r=.241$, $.280$ และ $.173$) ตามลำดับ ดังภาพที่ 4 และระหว่าง Dias BP กับ Hb, Hct และ RBC ($p<.05$ ทั้ง 3 คู่, $r=.160$, $.173$ และ $.146$) ตามลำดับ ดังภาพที่ 5 โดยไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าผลการตรวจร่างกายอื่นๆ นอกจากนี้ กับค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดงทั้ง 6 ค่า ดังกล่าว



ภาพที่ 3 ความสัมพันธ์ในเพศชาย ระหว่างอายุ (Age) กับค่าความเข้มข้นของ Hemoglobin ในเลือด (Hb) ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด (Hct) และค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร (RBC) ($n=257$)



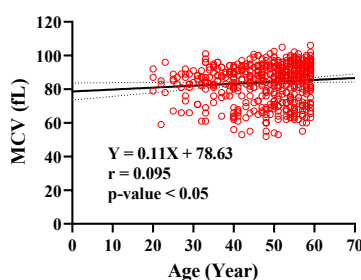
ภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ในเพศชาย ระหว่างดัชนีมวลกาย (BMI) กับค่าความเข้มข้นของ Hemoglobin ในเลือด (Hb) ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด (Hct) และค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร (RBC) ($n=257$)



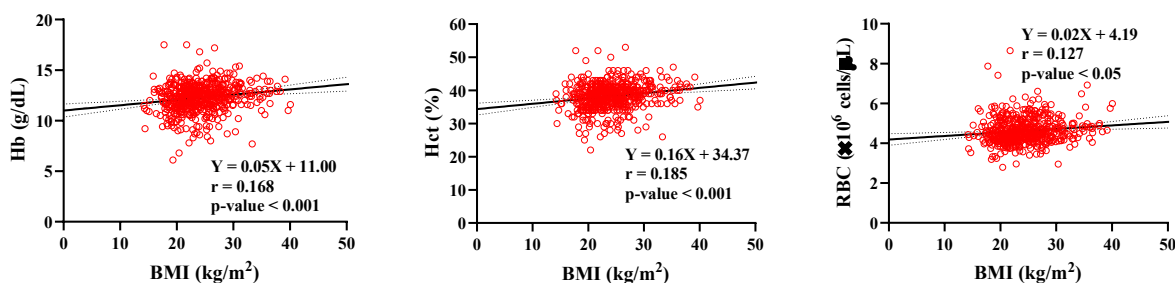
ภาพที่ 5 ความสัมพันธ์ในเพศชาย ระหว่างความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Dias BP) กับค่าความเข้มข้นของ Hemoglobin ในเลือด (Hb) ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด (Hct) และค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร (RBC) ($n=257$)



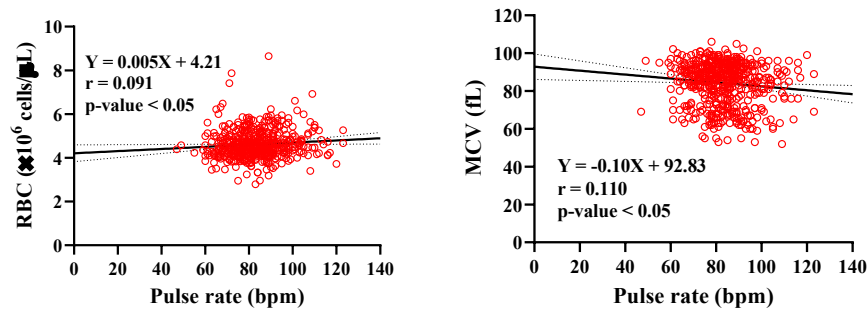
เพศหญิงพบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง Age กับ MCV ($p < .05$, $r = .095$) ดังภาพที่ 6 ระหว่าง BMI กับ Hb, Hct และ RBC ($p < .001$, $.001$ และ $.05$, $r = .168$, $.185$ และ $.127$) ตามลำดับ ดังภาพที่ 7 พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง Pulse กับ RBC แต่พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่าง Pulse กับ MCV ($p < .05$ ทั้ง 2 คู่, $r = .091$ และ $-.110$) ตามลำดับ ดังภาพที่ 8 พบความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่าง Sys BP กับ Hb และ Hct ($p < .001$ ทั้ง 2 คู่, $r = .158$ และ $.172$) ตามลำดับ ดังภาพที่ 9 และระหว่าง Dias BP กับ Hb, Hct และ RBC ($p < .001$ ทั้ง 3 คู่ $r = .163$, $.183$ และ $.168$) ตามลำดับ ดังภาพที่ 10 โดยไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างค่าผลการตรวจร่างกายอื่นๆ นอกจากนี้กับค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดงทั้ง 6 ค่า ดังกล่าว ($n = 531$)



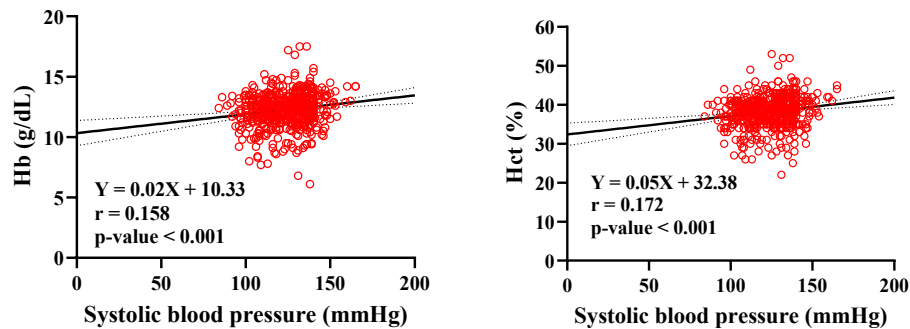
ภาพที่ 6 ความสัมพันธ์ในเพศหญิง ระหว่างอายุ (Age) กับค่าปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง (MCV) ($n = 531$)



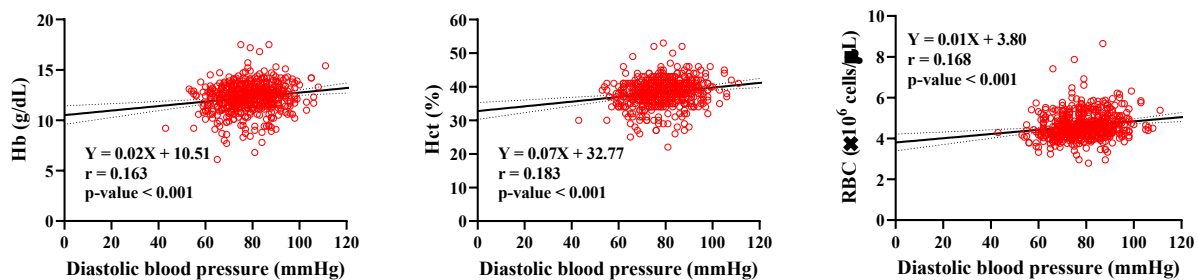
ภาพที่ 7 ความสัมพันธ์ในเพศหญิง ระหว่างดัชนีมวลกาย (BMI) กับค่าความเข้มข้นของ Hemoglobin ในเลือด (Hb), ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด (Hct) และค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร (RBC) ($n = 531$)



ภาพที่ 8 ความสัมพันธ์ในเพศหญิง ระหว่างชีพจร (Pulse) กับค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร (RBC) และค่าปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง (MCV) (n=531)



ภาพที่ 9 ความสัมพันธ์ในเพศหญิง ระหว่างความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (Sys BP) กับค่าความเข้มข้นของ Hemoglobin ในเลือด (Hb) และค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด (Hct) (n=531)



ภาพที่ 10 ความสัมพันธ์ในเพศหญิง ระหว่างความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (Dias BP) กับค่าความเข้มข้นของ Hemoglobin ในเลือด (Hb), ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด (Hct) และค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร (RBC) (n=531)



อภิปรายผล

ในภาพรวมของการศึกษานี้ พบว่าทั้ง 2 เพศ อายุเฉลี่ยเป็นวัยทำงานตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ที่ใกล้จะสูงอายุ น้ำหนักเฉลี่ยและส่วนสูงเฉลี่ยใกล้เคียงกับค่ามาตรฐานผู้ใหญ่ไทยที่ ชาย 69 หลูึง 57 กิโลกรัม และ ชาย 169 หลูึง 157 เซนติเมตร ตามลำดับ ดัชนีมวลกายเฉลี่ยและชีพจรเฉลี่ยมีค่าใกล้เคียงกัน ความดันโลหิตเฉลี่ยอยู่ในช่วงปกติ ทำนองเดียวกันกับค่าร้อยละของค่าคาดหมายของปริมาตรอากาศที่เป่าออกอย่างแรงและเร็วจนหมดหลังการหายใจเข้าเต็มที่ และค่าร้อยละของค่าคาดหมายของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงในวินาทีแรก ที่อยู่ในช่วงปกติ เช่นเดียวกัน จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยของผลการตรวจร่างกายอยู่ในช่วงปกติ เนื่องจากการเก็บข้อมูลจำนวนมาก แต่ถ้าพิจารณาค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของผลการตรวจร่างกายแต่ละค่า จะพบว่ามึหลายรายที่มีค่าผิดปกติทั้งสูงกว่าปกติและต่ำกว่าปกติ เช่น ดัชนีมวลกายพบว่ามีทั้ง ภาวะผอม เริ่มอ้วน และอ้วนมาก ทั้งเพศชายและหญิง และเพศชายมีค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวสูงกว่าเพศหญิง บ่งชี้ว่าเพศชายน่าจะมีปัญหาเรื่องความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณาผลการตรวจสมรรถภาพปอด พบว่าถ้าใช้ร้อยละของค่าคาดหมายของปริมาตรอากาศที่เป่าออกอย่างแรงและเร็วจนหมดหลังการหายใจเข้าเต็มที่น้อยกว่า 80% หมายถึง ปอดขยายตัวน้อยกว่าปกติ พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงถึงประมาณเกือบ 2 เท่า ร้อยละของค่าคาดหมายของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงในวินาทีแรกน้อยกว่า 80% หมายถึง หลอดลมอุดกั้น ที่พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงถึงประมาณเกือบ 2 เท่าเช่นกัน และถ้าทั้งสองค่านี้น้อยกว่า 80% หมายถึง ปอดมีความจุต่ำร่วมกับหลอดลมอุดกั้น ก็พบในเพศชายสูงกว่าเพศหญิงถึงประมาณเกือบ 2 เท่าเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าสุขภาพปอดของเพศชายแย่กว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ทั้งนี้อาจเกิดจากอัตราการสูบบุหรี่ของคนวัยทำงานเพศชายในภาคเหนือที่ร้อยละ 1.56 เมื่อเทียบกับเพศหญิงในวัยและพื้นที่เดียวกันที่ร้อยละ 0.18 ซึ่งสูงกว่ากันถึงประมาณ 8 เท่าครึ่ง แต่งานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลการสูบบุหรี่ จึงเป็นเพียงการคาดการณ์เท่านั้น

ในส่วนของผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ถ้าพิจารณาถึงค่าเฉลี่ยพบว่าทุกค่าอยู่ในช่วงปกติ แต่เมื่อใช้ความเข้มข้นของ hemoglobin ในเลือด ในเพศชายที่ค่าต่ำกว่า 13.0 หลูึงต่ำกว่า 12.0 g/dL เป็นตัวบ่งชี้ภาวะโลหิตจาง พบผู้ที่มีภาวะโลหิตจางทั้งในเพศชาย ร้อยละ 38.9 และเพศหญิง ร้อยละ 36.5 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยที่สำรวจโดย WHO ที่ร้อยละ 25.2 ในจำนวนนี้ยังพบได้ทั้งโลหิตจางแบบเม็ดเลือดแดงใหญ่ (macrocytic anemia) และแบบเม็ดเลือดแดงเล็ก (microcytic anemia) ที่บ่งชี้ถึงภาวะการขาดวิตามินบี 12 หรือโฟเลท และการขาดเหล็ก ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้คนในสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีฐานะไม่ค่อยดีหรือมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการเข้าถึงบริการสุขภาพค่อนข้างจำกัด แต่งานวิจัยนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลการวินิจฉัยโรคและอาการผิดปกติ ที่บ่งชี้ภาวะโลหิตจาง จึงถือเป็นข้อจำกัดหนึ่งของงานวิจัยนี้

ในเพศชาย พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับค่าภาวะโลหิตจาง ได้แก่ ค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ในเลือด ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด และค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร แสดงว่าเมื่ออายุมากขึ้น ค่าการตรวจเม็ดเลือดแดงทั้ง 3 ค่านี้ มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) อาจเกิดจากกลไกการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สัมพันธ์กับอายุ เช่น การลดลงของการสร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูก หรือการได้รับสารอาหาร



ไม่เพียงพอ เป็นต้น เป็นไปในทำนองเดียวกันกับผลการวิจัยเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุ (ปิยะกร ไพรสนธิ์ และคณะ, 2560) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุ (กัณณิศราช อภิธนาตล, กุลเชษฐ์ เกษะโกมล และพัฒนศรี ศรีสุวรรณ, 2567) การที่ค่าดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ค่าการตรวจเม็ดเลือดแดงทั้ง 3 ค่านี้ด้วยเช่นกัน ($p < .05$) อาจเป็นเพราะคนที่มี ค่าดัชนีมวลกายสูงอนุมานได้ว่าร่างกายได้รับสารอาหารเพียงพอ สำหรับการสร้างเม็ดเลือดแดง และการที่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ค่าการตรวจเม็ดเลือดแดงทั้ง 3 ค่านี้ด้วย ($p < .05$) แสดงว่าในเพศชาย ค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นอาจสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปริมาณเม็ดเลือดแดง ซึ่งสอดคล้องกับความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างดัชนีมวลกายกับภาวะความดันโลหิตสูงในวัยรุ่น อายุเฉลี่ย $14.05 \pm .97$ ปี (พิสมัย วัฒนสิทธิ์ และอำไพพร ก่อตระกูล, 2560)

ในเพศหญิง อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ค่าปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง แสดงว่าในเพศหญิง เมื่ออายุมากขึ้น ค่านี้จะมีแนวโน้มสูงขึ้น ($p < .05$) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของการได้รับและการดูดซึม รวมทั้งกระบวนการ metabolism ของวิตามินบี 12 และโฟเลตของร่างกาย ที่ลดลงตามอายุอาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจางแบบเม็ดเลือดแดงมีขนาดใหญ่ขึ้นได้ จากการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบรายงานเกี่ยวกับความสัมพันธ์นี้ การที่ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ในเลือด, ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด และค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร ($p < .05$) อธิบายได้ในทำนองเดียวกันกับเพศชาย สำหรับการที่ชีพจร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ ค่าปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง ($p < .05$) นั้นแสดงว่าการที่เม็ดเลือดแดงมีขนาดที่ใหญ่ขึ้น เป็นการบ่งชี้ภาวะโลหิตจางแบบเม็ดเลือดแดงมีขนาดใหญ่ และน่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้มีอัตราการเต้นของหัวใจสูงขึ้น เพื่อเพิ่มโอกาสในการขนส่งออกซิเจน ไปหล่อเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นการปรับตัวของร่างกายในภาวะโลหิตจาง แต่กลับพบว่า ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ในเลือด และค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด ($p < .001$) และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ในเลือด, ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด และค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร ($p < .001$) บ่งชี้ถึงอิทธิพลของความเข้มข้นของเลือดที่มีต่อความดันโลหิตต่อในเพศหญิง ไม่ว่าเลือดจางหรือเลือดเข้มข้นก็เหนี่ยวนำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับรายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (อิสรา อนุวงศ์จรยา, ลลิตา นรเศรษฐ์ธาดา, อติศักดิ์ ตันตวิวิทย์ และคณะ, 2562)

จากผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นว่า ในเพศชาย อายุ, ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว อาจใช้ทำนายค่าการตรวจเม็ดเลือดแดง ที่เป็นตัวบ่งชี้ภาวะโลหิตจางได้ และในเพศหญิง อายุ, ดัชนีมวลกาย, ชีพจร, ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและขณะหัวใจคลายตัว มีความสัมพันธ์กับค่าภาวะโลหิตจางหลายตัว ทำให้น่ามาผลการตรวจร่างกายบางค่ามาใช้ทำนายค่าการตรวจเม็ดเลือดแดง ที่เป็นตัวบ่งชี้ภาวะโลหิตจางได้ แต่อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ทั้งหมดนี้ ถึงแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็เป็นความสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมาก โดยเฉพาะในเพศหญิง จึงเป็นข้อจำกัดของงานวิจัยนี้ที่ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลโรคประจำตัวและอาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจาง หรือภาวะอื่น ที่อาจส่งผลต่อ



ความสัมพันธ์เหล่านี้ได้ รวมทั้งปัจจัยและกลไกทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เหล่านี้ ก็ยังไม่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม ต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

สำหรับเพศชาย พบว่ามีโอกาสที่จะใช้ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ และผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ในการพยากรณ์หรือประเมินภาวะโลหิตจางได้ เนื่องจากพบความสัมพันธ์กับค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ได้แก่ ค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ในเลือด ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด และค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร

สำหรับเพศหญิง ก็พบว่ามีโอกาสที่จะใช้ข้อมูลส่วนตัว ได้แก่ อายุ และผลการตรวจร่างกายหลายชนิดมากกว่าในเพศชาย ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ชีพจร, ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ในการพยากรณ์หรือประเมินภาวะโลหิตจางได้ เนื่องจากพบความสัมพันธ์กับค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดง ได้แก่ ค่าปริมาตรเฉลี่ยของเม็ดเลือดแดง ค่าความเข้มข้นของ hemoglobin ในเลือด ค่าร้อยละของปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นในเลือด (Hct) และค่าจำนวนเม็ดเลือดแดงในเลือดหนึ่งไมโครลิตร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

กลไกทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนตัวและผลการตรวจร่างกายกับค่าผลการตรวจเม็ดเลือดแดงต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเหล่านี้ ยังไม่เป็นที่เข้าใจอย่างแน่ชัด จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาในรายละเอียด ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ที่สนับสนุนผลักดันและให้กำลังใจ

เอกสารอ้างอิง

- กัณณธิดา อภิธนาถ, กุลเชษฐ์ เกษะโกมล และพัฒนศรี ศรีสุวรรณ. (2567). ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ณ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 7(1), 56-65. สืบค้นจาก https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/849_1.pdf
- ทัศน พงศ์การณกิจ. (2558). บริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น*, 9(1), 7-15.
- ไบโอเซียน. (2565). คำนวณค่า BMI (ดัชนีมวลกาย) กับช่วงอายุ ชาย หญิง. สืบค้นจาก <https://biocian.com/tools/bmi-calculator/>



เอกสารอ้างอิง

- ปิยะกร ไพรสนธิ์, พรทิพย์ สาริโส, พัทธราภรณ์ อารีย์, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, อุไรวรรณ ชัยมินทร์ และปิยะนุช พูลวิวัฒน์. (2560). ภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 32(1), 133-145.
- พบแพทย์. (2565). โลหิตจาง (Anemia). สืบค้นจาก <https://www.pobpad.com/โลหิตจาง>
- พิสมัย วัฒนสิทธิ์ และอำไพพร ก่อตระกูล. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างค่าสัดส่วนของร่างกายกับภาวะความดันโลหิตสูงในวัยรุ่นไทย. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(3), 1-10.
- มูลนิธิบริการสุขภาพ. (2562). การถ่ายโอน รพ.สต.สู่ท้องถิ่น (อบต./เทศบาล หรือ อบจ.). สืบค้นจาก <https://healthserv.net/healthconomy/10594>
- เมตไทย. (2563). การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count : CBC). สืบค้นจาก <https://medthai.com/การตรวจซีบีซี/>
- โรงพยาบาลพระราม 9. (2568). การตรวจสมรรถภาพปอด. สืบค้นจาก <https://www.pram9.com/pulmonary-function-test-pft/#:~:text=การตรวจสมรรถภาพปอด>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2566). รายงานสถานการณ์โรคโลหิตจางในกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2566. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่.
- สำนักสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). สืบค้นจาก <https://prgroup.hss.moph.go.th/medias/article/1000-อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน-อสม>
- อิสรา อนุจักรยา, ลลิตา นรเศรษฐ์ธาดา, อติศักดิ์ ตันติวรวิทย์, เอกรัฐ รัชฎฤทธิ์อารง, ชาตรี ชัยอดิศักดิ์โสภ, ธนาวัฒน์ รัตนธรรมเมธ และคณะ. (2562). ผลกระทบของภาวะโลหิตจางต่อผลลัพธ์การรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารโลหิตวิทยาและเวชศาสตร์บริการโลหิต*, 29(1), 47-54.
- Harris, R. (2015). Suburbanization and sub-urbanism. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (2nd ed., Vol. 23, pp. 660–666). Oxford: Elsevier.
- Sheikh, Z. (2023). Anemia. Retrieved from <https://www.webmd.com/a-to-z-guides/understanding-anemia-basics/>



ความสำเร็จอย่างยั่งยืนของการผลิตบุคลากรเพื่อการบริหารสุขภาพที่เป็นเลิศ: การบริหารจัดการ หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี

ผกาพรรณ บุญเต็ม^{1*}, วันเพ็ญ ช่วยจิตต์¹, วรานุช พุฒมารัตน์¹, อุไรวรรณ นิกรปรกรณ์¹ และ อรรวรรณ จันทรมณี¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(วันที่รับบทความ: 6 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 17 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 25 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

สถานการณ์ความต้องการกำลังคนทางด้านสุขภาพมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้สถาบันการศึกษาด้านการพยาบาลมีการเพิ่มจำนวนการรับนิสิต โดยเฉพาะหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี ที่เป็นหลักสูตรที่สามารถช่วยเพิ่มกำลังคนด้านสุขภาพได้รวดเร็ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี หลักสูตรปรับปรุง (2562-2566) ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการผลิตบุคลากรเพื่อการบริหารสุขภาพที่เป็นเลิศ การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสัมภาษณ์กลุ่ม เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 5 กันยายน ถึง 15 ตุลาคม 2567 วิเคราะห์ผลการวิจัยด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาจากการตีความด้วยผู้วิจัยทั้ง 5 ท่าน ผลการศึกษา พบว่า ความสำเร็จที่ยั่งยืนของสถาบันการศึกษาพยาบาลมาจาก 5 องค์ประกอบดังนี้ 1) กลยุทธ์การจัดการในหลักสูตรให้ยั่งยืน 2) ระบบการดูแลนิสิต 3) Career Path ของนิสิตเมื่อสำเร็จการศึกษา 4) การยอมรับจากหน่วยงานที่นิสิตจบการศึกษาไปปฏิบัติงาน การยอมรับของที่ทำงานต่อสถาบันที่นิสิตสำเร็จการศึกษา) และ 5) มุมมองการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอนเพื่อการบริหารสุขภาพที่เป็นเลิศในปัจจุบัน/อนาคต สถาบันการศึกษาพยาบาลที่เปิดสอนหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปีมีความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการบริหารจัดการเนื่องจากการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบทำให้สามารถเกิดความยั่งยืนในการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพได้

คำสำคัญ: ความสำเร็จอย่างยั่งยืน, การบริหารจัดการ, บริการที่เป็นเลิศ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ผกาพรรณ บุญเต็ม; phagapun@gs.wu.ac.th



Sustainable Success in Healthcare Personnel Education for Healthcare Service Excellence: 1-year Practitioner Nurse Curriculum Management

Phagapun Boontem^{1*}, Wanphen Chauyjit¹, Waranuch Puktarat¹, Uraiwan Nikornpakorn¹,
and Aurawan Janmanee¹

¹Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

(Received: 6 April 2025; Revised: 17 June 2025; Accepted: 25 June 2025)

Abstract

Currently, healthcare personnel are increasing demand that nursing education institutes increase their nursing student's capacity. Especially the one-year practitioner nurse program can help increase the health workforce quickly. The objective of this research was to study the management of one-year practitioner nurse curriculum (Improved 2019-2023) to achieve sustainable success and healthcare service excellence. The qualitative study was conducted consisting of in-depth interviews for data collection between 5 September to 15 October 2024. The data were analyzed the contents to interpretation by the five researchers. The results found that sustainable success in this curriculum management consisting of five components: 1) sustainable curriculum management strategies, 2) students service system, 3) career path of graduated nurse practitioners, 4) acceptance from employer to nurse practitioners' education institute, and 5) quality improvement perspective in nursing practitioner curriculum management (for healthcare service excellence) in present and future. In summary, the nursing science education institutes provided promising one-year practitioner nurse curriculum management that have sustainable success in management because of systematically managed, enabling sustainability in the production of health personnel.

Keywords: sustainable success, management, excellence service

***Corresponding author:** Phagapun Boontem; phagapun@g.swu.ac.th



บทนำ

สถานการณ์การขาดแคลนกำลังคนทางด้านสุขภาพ (โดยเฉพาะพยาบาล) ส่งผลให้การดูแลสุขภาพประชาชนอาจได้รับการดูแลแบบไม่ทั่วถึงและเท่าเทียม ทางสภาการพยาบาล จึงได้มีประกาศการขยายการผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ ในส่วนของผู้ช่วยพยาบาล 1 ปีเพิ่มขึ้น การผลิตผู้ช่วยพยาบาลเพื่อเป็นทีมบริการสุขภาพมีความสำคัญมากขึ้น เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนการผลิตหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล ปี 2560-2564 เพื่อสนับสนุนการให้บริการด้านสุขภาพการพยาบาล โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาล 96 แห่ง พบว่า มีจำนวนผู้ช่วยพยาบาลทั้งหมด จำนวน 1,756 คน ผลการสำรวจความต้องการผู้ช่วยพยาบาลเพิ่ม จำนวน 4,731 คน ส่วนจำนวนผู้ช่วยพยาบาลที่ต้องผลิตเพิ่มคำนวณตามค่าภาระงานเต็มเวลาขั้นต่ำ จำนวน 6,871 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความต้องการการผลิตผู้ช่วยพยาบาลที่เพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยในปัจจุบันมีสถาบันการศึกษาพยาบาล ที่ได้รับการรับรองหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปีจากสภาการพยาบาล เป็นจำนวน 95 สถาบัน (สภาการพยาบาล, 2567) ซึ่งในอนาคตแนวโน้มจะมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นเพื่อรองรับกับสถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพ

หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี เป็นหลักสูตรที่สามารถตอบสนองการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้เป็นอย่างดีแนวทางหนึ่ง เนื่องจากการจัดการเรียนการสอนใช้ระยะเวลาเพียง 1 ปี เมื่อจบแล้วสามารถไปประกอบอาชีพได้ เกิดความภาคภูมิใจให้กับตนเองและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นหลักสูตรที่เปิดโอกาสให้บุคคลที่จบการศึกษาในด้านต่างๆ โดยมีวุฒิการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่าได้เข้ามาศึกษาในหลักสูตรฯ นับเป็นการตอบสนองกับยุทธศาสตร์การศึกษาของกระทรวงการอุดมศึกษา ในด้านการเรียนรู้ตลอดชีวิต (life long learning) อีกด้วย (กลุ่มยุทธศาสตร์กำลังคนในระบบการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2565) จากจำนวนสถาบันการศึกษาพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลที่มีจำนวนถึง 95 สถาบันเป็นที่น่าสนใจในการศึกษาถึงความสำเร็จในการดำเนินงานในหลักสูตรฯ เพราะจากการพิจารณาในแต่ละสถาบัน บางสถาบันเปิดหลักสูตรฯ นี้มาอย่างยาวนานถึง 44 รุ่น (สภาการพยาบาล, 2565) ทำให้เพิ่มโอกาสซึ่งนอกจากจะเป็นการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางด้านสุขภาพ ยังทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืนอีกด้วยเป็นประโยชน์ต่อสถาบันการศึกษาอื่นๆ ทั้งส่วนที่เป็นสถาบันการผลิตดั้งเดิมและสถาบันการผลิตใหม่ๆ

การประสบความสำเร็จขององค์กรทางธุรกิจ จะมุ่งเน้นพิจารณาที่ผลกำไรเป็นหลัก เนื่องจากสามารถวัดความสำเร็จได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่ในทางการศึกษาการพิจารณาความสำเร็จของสถาบันการศึกษา ที่ผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพ อาจพิจารณาจากการประเมินด้านต่างๆตามระบบประกันคุณภาพการศึกษาของสถาบัน บางสถาบันจะมีการนำเกณฑ์คุณภาพ Education Criteria for Performance Excellence (EdPex) มาเป็นแนวทางในการนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศ (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา [สกอ], 2560) บางสถาบันมีการประกันคุณภาพการศึกษาด้วยการประเมิน 1.การบริหารหลักสูตร 2.ทรัพยากรสนับสนุนการจัดการเรียนการสอน 3.การสนับสนุนและการให้คำแนะนำ 4.



การมีโอกาสมากำหนดทางวิชาชีพ Career Path 5.การได้รับการยอมรับจากองค์กรภายนอก ล้วนมีการจัดการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของหลักสูตรฯ ซึ่งในบางครั้งหากพิจารณาจากการที่มีผู้เรียนมาเรียนอย่างต่อเนื่องอาจไม่เพียงพอ

ความยั่งยืนนั้นอาจมองในระบบของ Sustainable Development Goals โดยทางด้านการศึกษาจะเป็น SDG4 โดยตัวชี้วัดที่ 4.3 มุ่งเน้นการศึกษาให้สามารถเข้าถึงอย่างเท่าเทียมและมีคุณภาพในทุกๆระดับการศึกษา (United Nations, 2018) ดังนั้นจากระบบประกันคุณภาพการศึกษาและ SDG4 ที่ทุกสถาบันการศึกษาต้องนำมาเป็นนโยบายหลักที่สำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร ซึ่งน่าสนใจว่าในแต่ละสถาบันการศึกษาพยาบาลที่เปิดสอนหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี นั้นมีปรากฏการณ์ความสำเร็จที่ยั่งยืนในการผลิตบุคลากรทางด้านสุขภาพมีการบริหารจัดการหลักสูตรฯ อย่างไร

ทางคณะผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในเรื่องดังกล่าวจึงจัดทำการศึกษาเรื่อง ความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการผลิตบุคลากร เพื่อการบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ: การบริหารจัดการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี โดยนำข้อมูลหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี ที่มีการดำเนินการมาคล้อยกันมาถอดบทเรียนความสำเร็จอย่างยั่งยืนของหลักสูตรฯ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการบริหารจัดการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี ที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการผลิตบุคลากรเพื่อการบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ ก่อให้เกิดการนำไปประยุกต์ปรับใช้ในสถาบันการศึกษาพยาบาลอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในวงกว้างด้านสุขภาพของประชาชนเหมือนดังคำกล่าวที่ว่า “ผลจะดีได้ย่อมเกิดจากเหตุปัจจัยที่ดีนั่นเอง”

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการบริหารจัดการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี ที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการผลิตบุคลากรเพื่อการบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยนำทฤษฎีระบบ (System theory) ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) Output/Outcome มาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามและเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ผลการศึกษาโดยใช้ความหมายของความสำเร็จอย่างยั่งยืน และการบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ เป็นแนวทางในการตีความดังนี้ ความสำเร็จอย่างยั่งยืน จากแนวคิดของ Growth Mindset มีที่มาจากการศึกษาของ Carol Dweck (2006) นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด สหรัฐอเมริกา ระบุว่าแนวคิดที่ใช้ในการกำหนดพฤติกรรมมี 2 แบบ คือ Growth Mindset และ Fixed Mindset

Growth Mindset คือการเชื่อว่าสิ่งที่เรามีหรือเราเป็น เพียงแค่จุดเริ่มต้นของการพัฒนา เชื่อว่าเราสามารถเติบโตได้โดยการให้คุณค่ากับความท้าทาย ความพยายาม และการเรียนรู้ แนวคิดนี้จะนำไปสู่ความสำเร็จอย่างยั่งยืน ซึ่งนำมาใช้เป็นแนวทางในการตีความ



การบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ จากนโยบายยุทธศาสตร์ 65-69 ด้านการบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence) ประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2) พัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ และ 3) พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ ซึ่งได้นำการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมาเป็นแนวทาง โดยการพัฒนาบริการให้มีประสิทธิภาพเกี่ยวข้องกับการพัฒนากำลังคนด้วยเช่นกัน จึงทำให้สามารถเกิดการบริการที่เป็นเลิศได้

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลระหว่างระหว่าง 5 กันยายน ถึง 15 ตุลาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้อำนวยการหลักสูตร/ประธานหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี จำนวนทั้งสิ้น 10 ราย จากสถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ประกอบด้วยสถาบันการศึกษาพยาบาลภาครัฐจำนวน 6 ราย และสถาบันศึกษาภาคเอกชนจำนวน 4 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก มีดังนี้

1. เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถาบันการศึกษาพยาบาลตำแหน่งผู้อำนวยการหลักสูตร/ประธานหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี
2. ประสบการณ์ในการบริหารหลักสูตรฯ ไม่ต่ำกว่า 5 ปี
3. เป็นผู้ที่อยู่ในกระบวนการพัฒนาหลักสูตรฯ ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งหลักสูตรได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล หลักสูตรฯ มีจำนวนการรับเป็นไปตามเกณฑ์กำหนดของสภาการพยาบาล และเปิดรับนิสิตอย่างต่อเนื่อง
4. ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1. หลักสูตรฯ ไม่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล
2. หลักสูตรฯ เปิดรับนิสิตไม่ต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ผู้วิจัยโดยนำแนวทางการสัมภาษณ์ชนิดไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) ไปสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีทำ Pilot study โดยการให้ผู้วิจัยฝึกการสัมภาษณ์กับผู้ร่วมวิจัยด้วยกันเพื่อให้ได้ความชัดเจนในการสัมภาษณ์ร่วมกัน



การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. ขั้นตอนเตรียมการ เป็นขั้นตอนเกี่ยวกับการเตรียมตัวผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยการเตรียมความพร้อมด้านวิชาการและการเตรียมความพร้อมด้านการดำเนินการวิจัย จากนั้นได้มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ให้ข้อมูลทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การติดต่อที่เป็นทางการคือการใช้หนังสือราชการติดต่อกับหน่วยงานราชการ การติดต่อที่ไม่เป็นทางการคือการใช้โทรศัพท์ติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง และจากนั้นทำหนังสือแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมเครื่องมือวิจัย คณะผู้วิจัยได้เตรียมแนวทางการสัมภาษณ์ชนิดไม่มีโครงสร้าง (Unstructured Interview) สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลรายบุคคล เป็นการสัมภาษณ์ทั้งแบบ Online และ Onsite

2. ขั้นตอนดำเนินการ เริ่มจากการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีและเกิดความไว้วางใจ ในการให้ข้อมูล คณะผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลรายบุคคลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group) กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ราย ในระหว่างวันที่ 5 กันยายน-15 ตุลาคม 2567 ในแต่ละครั้งหลังจากการสัมภาษณ์รายบุคคลจะมีการบันทึกข้อมูลเป็นไฟล์ และสร้างดัชนีค่า (Indexing) เพื่อจะนำไปใช้ในส่วนของการแยกแยะประเภทและจัดหมวดหมู่ข้อมูลต่อไป เมื่อมั่นใจว่าได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Saturation) แล้วจึงยุติการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ตามวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพของ Creswell (2003) ส่วนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล คณะผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ตามแนวคิดของสฎางค์ จันทวนิช (2557) ใช้การถอดความตามกรอบแนวคิดของ กลยุทธ์การจัดการในหลักสูตรฯ ให้ยั่งยืน และการบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากหน่วยจริยธรรมและมาตรฐานการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่รับรอง SWUEC-672017 ช่วงระยะเวลาที่รับรอง 25 สิงหาคม 2567 ถึง 24 สิงหาคม 2568 และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒโดยยึดหลักเกณฑ์ตาม Declaration of Helsinki, Belmont Report, International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP), International Guidelines for Human Research ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยนี้ได้



ผลการวิจัย

ผลสรุปการบริหารจัดการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล ที่ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาการบริหารจัดการหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี ที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการผลิตบุคลากรเพื่อการบริการสุขภาพที่เป็นเลิศ

1. กลยุทธ์การจัดการในหลักสูตรฯ ให้ยั่งยืน ดังนี้

ตัวอย่าง code คำของกลุ่มตัวอย่าง

“เรามีการจัดการที่เป็นระบบตั้งแต่ การมีคณะกรรมการการบริหาร ดำเนินการ และยิ่งเราอยู่ในส่วนของสภาวิชาชีพเป็นผู้กำหนดแนวทางมาให้ด้วย”

1.1. จัดกลยุทธ์เชิงโครงสร้างการบริหาร สถาบันที่เปิดรับหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี ทุกสถาบันมีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารหลักสูตรฯ มีกระบวนการ

1.2 จัดการดำเนินงานโดยมีกระบวนการทำงานเป็นขั้นตอน ดังนี้ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการ เสนอโครงการพัฒนาหลักสูตร วิเคราะห์ Stake holder ทั้งผู้ใช้บัณฑิตและผู้เรียนที่สำเร็จการศึกษาไปแล้ว 2) รับฟังความต้องการผู้ใช้บัณฑิต โดยจัดทำแบบสอบถามเพื่อส่งสอบถามผู้ใช้บัณฑิตทั้งหมด (ที่ทำงานของผู้สำเร็จการศึกษา) 3) จัดทำร่างหลักสูตร โดยจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อพัฒนาปรับปรุงหลักสูตร โดยมีการวิเคราะห์วิพากษ์หลักสูตรบูรณาการกับข้อมูลที่ได้มาจากแบบสอบถามผู้ใช้บัณฑิตทั้งหมดกับหลักสูตรกลางของสภาการพยาบาล 4) นำเสนอร่างหลักสูตรเริ่มต้นต่อผู้ใช้บัณฑิต โดยจัดการประชุมคณะกรรมการกับผู้ใช้บัณฑิตทั้งหมดเพื่อนำเสนอหลักสูตรพัฒนาปรับปรุงที่บูรณาการตามข้อเสนอแนะของผู้ใช้บัณฑิตทั้งหมดและหลักสูตรกลางจากสภาการพยาบาล 5) นำเสนอร่างหลักสูตรสุดท้ายต่อผู้บังคับบัญชาและผู้ใช้บัณฑิต โดยประชุมคณะกรรมการ คกก.บริหารสถาบันและผู้ใช้บัณฑิตทั้งหมดเพื่อนำเสนอหลักสูตรก่อนส่งออกไปสู่สภาการพยาบาลโดยประชุมคณะกรรมการและผู้ใช้บัณฑิตทั้งหมดเพื่อนำเสนอหลักสูตรก่อนส่งออกไปสู่สภาการพยาบาล 6) ปรับปรุงหลักสูตรตามข้อเสนอแนะจากสภาการพยาบาล โดยจัดการประชุมคณะกรรมการกับผู้ใช้บัณฑิตทั้งหมดเพื่อรับทราบข้อเสนอแนะของสภาการพยาบาล 7) ขออนุมัติหลักสูตร โดยคณะกรรมการปรับปรุงหลักสูตรตามมติที่ประชุมเพื่อส่งขออนุมัติต้นสังกัดของสถาบันและส่งสภาการพยาบาล 8) ประเมินผลลัพธ์ความสำเร็จ โดยผู้รับผิดชอบหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลทำการประเมินผลหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลทุก 1 ปี ครอบคลุมผู้เรียนและผู้ใช้บัณฑิต 9) ปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตร นำผลที่ได้จากการประเมินมาปรับปรุงเนื้อหาหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน 10) ปรับปรุงการบริหารจัดการหลักสูตรรายปี โดยคณะกรรมการจะนำความคิดเห็นของผู้เรียน ผู้ใช้บัณฑิตและความคิดเห็นของผู้บริหารสถาบันมาใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการหลักสูตรในปีต่อไป ทั้งนี้ได้นำการจัดระบบประมาณาบูรณาการให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุนและตอบสนองความต้องการผู้เรียนและผู้ใช้บัณฑิตอย่างเหมาะสมตามผลการประเมินความสำเร็จในข้อ 8



1.3 สร้างการมีส่วนร่วมจากองค์กรภายในและองค์กรภายนอก โดยมีภาครัฐและเอกชน ในการสนับสนุนงบประมาณ ทุนการศึกษาต่างๆ เช่น องค์กรศาสนา องค์กรรัฐมนตรีศึกษาแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Southeast Asian Ministers of Education Organization – SEAMEO) กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ) เป็นต้น

1.4 การสร้างระบบความผูกพัน (Engagement/Fan club) โดยมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารในไลน์กลุ่มของนิสิตทุกระดับ และ keep contact (closed contact)

1.5 สร้างระบบการบอกต่อ (Word of Mouth) เป็นกลยุทธ์ทางการตลาดในการประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้ามาศึกษาในหลักสูตร

1.6 สร้างระบบการสื่อสารกลุ่ม (Open chat (line OA)) โดยมี Admin ตอบคำถามกับผู้ที่สนใจเข้าศึกษาในหลักสูตรฯ

2. ระบบการดูแลนิสิต

จาก code คำของกลุ่มตัวอย่าง เช่น “เรามีระบบการดูแลแบบบ้านให้กับนิสิต นิสิตจะได้รับการจัดสรรบ้าน และมีอาจารย์ที่เปรียบเหมือนพ่อแม่”

2.1 ระบบบ้าน สถาบันการศึกษาพยาบาล มีระบบการดูแลนิสิตทั้งที่เป็นระบบบ้าน โดยให้นิสิตทุกระดับหลักสูตรฯ ของสถาบันมีบ้าน (สมมติ)เป็นของตนเอง ตั้งชื่อบ้านเป็นชื่อดอกไม้ เช่น พวงพญา และจัดช่วงเวลา 1 ช่วง (ช่วงบ่ายของวันพุธ) ในแต่ละสัปดาห์ส่งเสริมให้จัดกิจกรรมต่างๆในช่วงเวลานั้น แต่ละบ้านมีอาจารย์ที่ปรึกษาคอยให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

2.2 ระบบการดูแลด้านสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยมีแพทย์ พยาบาลในการดูแลด้านสุขภาพ

2.3 ระบบการดูแลมิติด้านจิตวิญญาณ การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้นำทางศาสนา มี คุณพ่อบาทหลวง ชิสเตอร์ มาร่วมในกิจกรรมต่างๆ

2.4 ระบบการดูแลด้านชุดนิสิตและชุดฝึกปฏิบัติ บางสถาบันมีการส่งต่อชุดนิสิตและชุดฝึกปฏิบัติจากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง บางสถาบันรับผิดชอบดูแลชุดฝึกปฏิบัติให้

การจัดการเรียนการสอนที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้าแยกการจัดการเรียนการสอน เป็นที่ รพ MOU และ ที่สถาบันการศึกษา

3. Career Path ของนิสิตเมื่อสำเร็จการศึกษา

Code คำจากกลุ่มตัวอย่าง

“นิสิตสมัยนี้มีโอกาสมากขึ้น เค้ามองเลือกมากในการที่จะเรียนต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตแต่ก็ต้องมีการแข่งขันกันด้วย และของเรามีการปรับยศให้ด้วย ก็จะเป็นความภาคภูมิใจ”

3.1 สิทธิการศึกษาต่อพยาบาลศาสตรบัณฑิต การสนับสนุนให้นิสิตได้มีความก้าวหน้าในการเรียนที่สูงขึ้น โดยผู้ที่มึลำดับคะแนนเป็นลำดับที่ 1 สามารถเข้าเรียนต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยได้รับทุนสนับสนุนค่าธรรมเนียมการศึกษา



3.2 การทำงานในระดับนานาชาติการสนับสนุนในการมีโอกาสเพิ่มเติมในการทำงานต่างประเทศหรือทำงานในโรงพยาบาลนานาชาติ

3.3 การบรรจุเข้ารับราชการ บางสถาบันผู้สำเร็จการศึกษาได้รับการบรรจุเข้าทำงานเป็นข้าราชการ

4. การยอมรับจากหน่วยงานที่นิสิตจบการศึกษาไปปฏิบัติงาน คือ การยอมรับของที่ทำงานต่อสถาบันที่นิสิตสำเร็จการศึกษา การที่นิสิตสำเร็จการศึกษาจากสถาบันเก่าแก่ที่เปิดการเรียนการสอนในหลักสูตรนี้มานาน จะได้รับการยอมรับจากแหล่งทำงาน ทำให้ผู้เรียนมีแนวโน้มจะสมัครเรียนเป็นจำนวนมาก
จาก code คำของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“วิทยาลัยของเราเปิดสอนในหลักสูตรฯ นี้มาอย่างยาวนาน ซึ่งในการเริ่มการดำเนินการของเราตั้งแต่แรกจนถึงปัจจุบันมีแพทย์มาร่วมสอนด้วย อันนี้อาจทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น”

จึงนำมาวิเคราะห์เป็นปัจจัยบางประการดังนี้

4.1 การร่วมสอนแบบสหวิชาชีพระบบการเรียนสอนในรายวิชาที่มีแพทย์มาสอนทำให้หลักสูตรมีความเข้มข้นในด้านเนื้อหาการเรียนเช่นการเรียนการสอนรายวิชากายวิภาคศาสตร์และการเรียนการสอนด้านภาษาอังกฤษที่มีการเชิญอาจารย์จากคณะศึกษาศาสตร์มาสอนโดยเฉพาะ

4.2 การบันทึกความเข้าใจ (memorandum of understanding-MOU) มีการทำบันทึกความเข้าใจกับสถาบันและสถานบริการทางสุขภาพต่างๆเพื่อการส่งนิสิตไปฝึกปฏิบัติและส่งมอบไปเป็นผู้ทำงานเมื่อนิสิตสำเร็จการศึกษา โดยมีสถาบันที่ทำความร่วมมือในการดำเนินการจัดการเรียนการสอนในที่โรงพยาบาลโดยเนื้อหาการเรียนการสอนไม่แตกต่างกันมีเพียงด้านสถานที่ฝึกปฏิบัติเท่านั้นที่แตกต่างกัน

5. มุมมองการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน (เพื่อการบริหารสุขภาพที่เป็นเลิศ) ในปัจจุบัน/อนาคต มี Code คำของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“อยากให้มีการให้นิสิตได้ใช้เทคโนโลยีเพิ่มเติมอยากให้มีวิชาสอนเลย แต่เราใช้การบูรณาการเข้ากับการเรียนการสอนทำให้นิสิตได้มีการใช้เทคโนโลยีเพิ่มขึ้น สมัยนี้ใครๆก็ใช้เทคโนโลยี”

5.1 การสื่อสารดิจิทัล เพื่อความสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในยุคของสังคมและประเทศชาติที่ต้องการสร้างกำลังคนที่มีสมรรถนะสูง สำหรับอุตสาหกรรม New Growth Engine ตามนโยบาย Thailand 4.0 และการปฏิรูปการอุดมศึกษาไทย

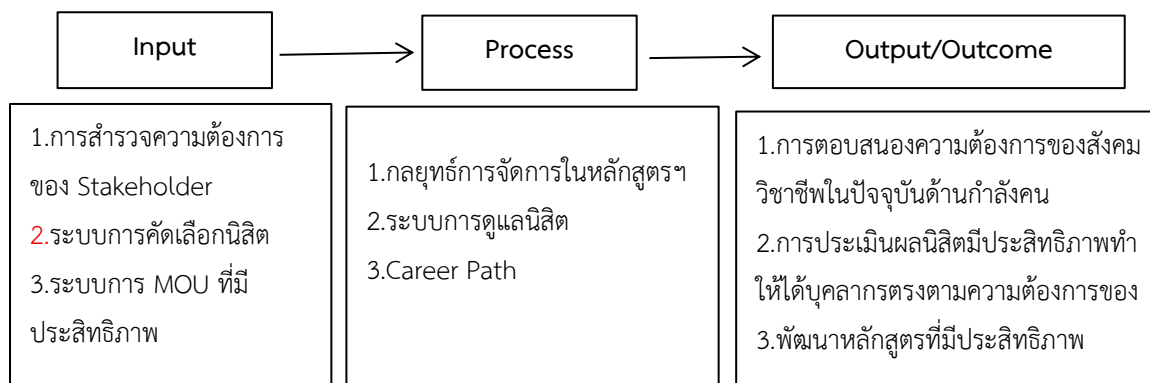
5.2 การสื่อสารภาษาอังกฤษ เป็นการเพิ่มโอกาสในการทำงานระดับนานาชาติ เช่น การทำงานในต่างประเทศ การทำงานกับโรงพยาบาลนานาชาติในประเทศ เพิ่มรายได้พิเศษจากความสามารถทางด้านภาษา

5.3 การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลด้วยความรักและเมตตา เป็นการรองรับสังคมสูงวัย (Aging Societies) ที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก และจำนวนไม่น้อยที่มีอายุยืนยาวและหรือมีโรคประจำตัวที่ต้องการการดูแลประคับประคอง



5.4 ส่งเสริมการนำใช้นวัตกรรมในการดูแลผู้รับบริการด้วยในการดูแลผู้รับบริการที่มีบริบทต่างกันจำเป็นต้องมีการประยุกต์ในการนำนวัตกรรมเพื่อให้การดูแลให้เหมาะสมเป็นรายบุคคล

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ได้ดังรูปที่ 1 แผนภาพสรุปผลการจัดการบริหารหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี อย่างยั่งยืนตามกรอบแนวคิดของ System Theory ดังนี้



แผนภาพที่ 1 แผนภาพสรุปผลการจัดการบริหารหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี อย่างยั่งยืน

อภิปรายผล

การพิจารณาจากการเปิดหลักสูตรรับนิสิตอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ได้รับการรับรองหลักสูตรจนถึงปัจจุบัน ส่งผลต่อคุณภาพการบริการที่เป็นเลิศจาก Word of Mouth ของ Stakeholders และระบบประกันคุณภาพการศึกษา ซึ่งผลการศึกษพบว่า 1) กลยุทธ์การจัดการในหลักสูตรฯให้ยั่งยืน 2) ระบบการดูแลนิสิต 3) Career Path ของนิสิตเมื่อสำเร็จการศึกษา 4) การยอมรับจากหน่วยงานที่นิสิตจบการศึกษาไปปฏิบัติงาน และ 5) มุมมองการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอนในปัจจุบัน/อนาคต มีผลทำให้สถาบันการศึกษาพยาบาลประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนในการผลิตผู้ช่วยพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของนันทนเทพ คำสอน และนพดล พันธุ์พานิช (2564) ที่มีผลการศึกษพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริหารจัดการอย่างยั่งยืนประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกองค์กร รวมไปถึงปัจจัยทางการตลาด เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางด้านการดนตรีสำหรับแนวทางการบริหารจัดการธุรกิจโรงเรียนสอนดนตรีเอกชนให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนเป็นเรื่องที่โรงเรียน จะต้องใช้ความสามารถในการบริหารจัดการกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จอย่างมีศักยภาพ และมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและเน้นไปที่การตอบสนองต่อความคาดหวังของลูกค้า ด้านการเรียนการสอน หลักสูตร เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ทันสมัย รวมไปถึงคุณภาพและมาตรฐาน และปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งก็คือปัจจัยทางการบริหารการตลาดที่โรงเรียนสอนดนตรีเอกชนจะต้องให้การทุ่มเท จึงจะทำให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนอย่างแท้จริง อีกทั้งจากผลการศึกษาของไมทนา สิทธิพิทักษ์ สิริพันธ์สถิกรกุล เทชพาพงษ์ และ พันธุ์ศักดิ์ พลสารรัมย์ (2566) พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของมหาวิทยาลัยสีเขียวที่ยั่งยืนมี 4 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยที่ 1 การกำหนดนโยบายมหาวิทยาลัยสีเขียวหรือมหาวิทยาลัยที่ยั่งยืน ที่ครอบคลุม



ประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งทางด้านกายภาพและการสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาคมในมหาวิทยาลัย ปัจจัยที่ 2 การมีส่วนร่วมของทุกคน โดยเฉพาะผู้บริหารรวมถึงการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการตามนโยบายที่ได้ประกาศไว้อย่างชัดเจน ปัจจัยที่ 3 การกำหนดตัวชี้วัด เป้าหมาย การติดตาม ประเมินผลการโครงการและกิจกรรม โดยใช้กระบวนการคุณภาพ (P-D-C-A) และปัจจัยที่ 4 การเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในทุกภาคส่วนของมหาวิทยาลัย ไม่ว่าจะเป็นระดับผู้บริหาร คณาจารย์บุคลากรสายสนับสนุน รวมถึงนิสิตนักศึกษา ให้ใส่ใจ มีความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสาธิตา ตาลชัย, ธนุ วงษ์จินดา และ สุวัฒน์พงษ์ ร่มศรี (2568) ที่ศึกษาเรื่องกลยุทธ์การบริหารโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่ยั่งยืน กล่าวว่ากลยุทธ์ที่สำคัญต้องเน้นการพัฒนาทักษะในการคิดวิเคราะห์ การแก้ปัญหา และการทำงานร่วมกับผู้อื่น การบริหารโรงเรียนที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ยั่งยืนต้องมุ่งเน้นการพัฒนาครู การออกแบบหลักสูตรที่ยืดหยุ่น การใช้เทคโนโลยีในการเรียนการสอน และการสร้างความร่วมมือระหว่างโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน การจัดการทรัพยากรการศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพยังเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและยั่งยืน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Maria Jose and Francisco Javier (2013) ที่ศึกษาเรื่อง *Strategic Management as Key to Improve the Quality of Education* พบว่า การให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและการคงอยู่ด้านการศึกษา ทั้งการเปลี่ยนแปลงของประชากรทั้งในระดับชาติและนานาชาติมีการเจริญเติบโตมากขึ้น ดังนั้นต้องเท่าทันสู่การเป็นผู้นำทางการศึกษา เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hung-Yu Yang, Chiu-Hui Yu, and Ming-Jye Wang (2013) ที่พบว่า โครงสร้างด้านเงินเดือน, สวัสดิการ, และกำลังคน เป็นกลยุทธ์หรือเป็นปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการพยาบาล

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์สามารถขยายโอกาสการศึกษาต่อยอดสำหรับผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรนี้ อย่างเป็นระบบและรูปธรรมพร้อมทุนการศึกษาจากสถานที่ทำงานเดิมโดยไม่ต้องลาออกเพื่อใช้ทุนการศึกษาส่วนตัวหรือการกู้ยืม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาเปรียบเทียบสมรรถนะในวิชาชีพของนิสิตที่สำเร็จหลักสูตรนี้เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานผลการพัฒนาครั้งแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560-2564. โรงพิมพ์เทพอักษรการพิมพ์. กรุงเทพฯ.
- กลุ่มยุทธศาสตร์กำลังคนในระบบการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (2565). กรอบนโยบายและยุทธศาสตร์ การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2566-2570. กลุ่มสื่อสารองค์กร กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.



เอกสารอ้างอิง

- นันทน์เทพ คำสอน และนพดล พันธุ์พานิช. (2564). แนวทางการบริหารจัดการธุรกิจโรงเรียนสอนดนตรีเอกชนให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน. *วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, 7(2), 1-14.
- โมนา สิทธิพิทักษ์ สิริฉันท์สถิรกุล เตชพาหพงษ์ และพันธ์ศักดิ์พลสารมัย. (2566). ปัจจัยแห่งความสำเร็จของมหาวิทยาลัยสีเขียวที่ยั่งยืน. *วารสารครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 49(2), 1-10.
- สภาการพยาบาล. (2567). สถาบันที่ทำการสอนหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาลที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง. [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/5_1\(23\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/5_1(23).pdf).
- สาธิตา ตาลชัย ธน วงษ์จินดา และสุวัฒน์พงษ์ ร่มศรี. (2568). กลยุทธ์การบริหารโรงเรียนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่ยั่งยืน. *วารสารสหศาสตร์การพัฒนาลังคม*, 3(1), 221-230.
- สุภาวค์ จันทวานิช. (2557). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2560). *ประกาศคณะกรรมการประกันคุณภาพภายในระดับอุดมศึกษา เรื่อง หลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการประกันคุณภาพภายในระดับอุดมศึกษา พ.ศ. 2557* สืบค้นจาก <https://qm.kku.ac.th/downloads/hbMUA57ed3.pdf>
- Creswell W. John. (2003) *Research design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*.
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. Random House.
- Latorre-Medina, M. J., & Blanco-Encomienda, F. J. (2013). Strategic management as key to improve the quality of education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 81, 270-274.
- United Nations. (2018). *SDGs Indicators Metadata repository*. Retrieved from <https://unstats.un.org/SDGs/metadata/?Text=&Goal=3&Target.University>.
- Yang, H. Y., Yu, C. H., & Wang, M. J. (2013). Strategic management in the establishment of a magnet hospital: A nursing staff perspective. *Health*, 5(8), 1318-1327.



ปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ร่วมกับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นันทวัน อุดมวิทยาไกร*

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

(วันที่รับบทความ: 16 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 28 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 4 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

มะเร็งเป็นโรคที่ส่งผลต่อภาวะวิกฤติทางจิตใจ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและร่างกาย รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และหวาดกลัวต่อการเสียชีวิต วัตถุประสงค์วิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 152 ราย สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำ (ฉบับย่อ) แบบประเมินความเครียด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ปัจจัยทำนายและความกลัวการกลับเป็นซ้ำ ใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความเครียด ($\beta=.200$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.192$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<.05$ ความเครียดและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 7.6 ($R^2=.076$) อธิบายได้ว่า ถ้าผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดมีระดับความเครียดเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความกลัวการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.3 ($B=.153$) และถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความกลัวการกลับเป็นซ้ำลดลง ร้อยละ 19.2 ($B=-.290$) แสดงสมการทำนายได้ว่า Z ความกลัวการกลับเป็นซ้ำ $=(.200)(Z$ ความเครียด $)+(-.192)(Z$ แรงสนับสนุนทางสังคม) การนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการประเมินความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยมะเร็งทุกรายเนื่องจากส่งผลต่อความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ: ความเครียด, แรงสนับสนุนทางสังคม, ความกลัวการกลับเป็นซ้ำ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: นันทวัน อุดมวิทยาไกร; nanwan2519@gmail.com



Factors Predicting Fear of Cancer Recurrence in Patients Receiving Combined Radiation and Chemotherapy at Surat Thani Hospital

Nantawan Udomvittayakhai*

Surat Thani Hospital

(Received: 16 May 2025; Revised: 28 June 2025; Accepted: 4 July 2025)

Abstract

Cancer is a disease that affects psychological crisis, causing mental and physical suffering, loss of body image, and fear of death. The objective of this study was to study the predictive factors of fear cancer recurrence among cancer patients who were treated in combination of radiotherapy and chemotherapy at Surat Thani Hospital. A total of 152 cancer patients who received combination of radiotherapy and chemotherapy were selected using simple random sampling. Data were collected using four instruments: a general information record form, the Short Form Fear of Cancer Recurrence Questionnaire (FCRQ-SF), the Perceived Stress Scale (PSS), and the Social Support Questionnaire (SSQ). Data were analyzed using multiple regression analysis. The results showed that stress ($\beta=.200$) and social support ($\beta=.192$) were statistically significant predictors of fear of cancer recurrence ($p<.05$). Stress and social support together predicted the fear of recurrence in cancer patients after receiving radiation treatment in combination with chemotherapy was statistically significant 7.6% ($R^2=.076$). It can be explained that if cancer patients experience a one-point increase in stress levels after receiving concurrent radiotherapy and chemotherapy, their fear of cancer recurrence increases by 15.3% ($B=.153$). Conversely, if patients receive a one-point increase in social support, their fear of cancer recurrence decreases by 19.2% ($B=-0.192$). The predictive equation can be presented as: Z (Fear of Cancer Recurrence) = $(.200)(Z \text{ Stress}) + (-.192)(Z \text{ Social Support})$. The research findings stress levels and social support might be assessed for cancer patients that affects the fear of recurrence in cancer patients after radiation treatment with chemotherapy.

Keywords: stress, social support, fear of recurrence in cancer patients

*Corresponding author: Nantawan Udomvittayakhai; nanwan2519@gmail.com



บทนำ

มะเร็งเป็นโรคที่ส่งผลต่อภาวะวิกฤติทางจิตใจ ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจและร่างกาย รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และหวาดกลัวต่อการเสียชีวิต (Bentley et al., 2023) ปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์มีมากขึ้น แต่กลับพบว่าการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มุ่งเน้นด้านร่างกายเป็นหลัก การได้รับเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยต้องทนกับความเจ็บปวดจากการทำหัตถการต่าง ๆ ความทุกข์ทรมานต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็ง (วรภรณ์, 2566; Luigjes-Huizer et al., 2022) มะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 (International Agency for Research on Cancer, 2023) และมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น สถิติผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกพบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม 2.1 ล้านคน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านคน มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านคน และมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 และพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดเสียชีวิตมากที่สุด 1.8 ล้านคน (World Health Organization, 2017) สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคมะเร็งที่พบในเพศชายคือมะเร็งปอด ร้อยละ 22.9 เพศหญิงพบมะเร็งเต้านม ร้อยละ 44.3 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ณ ห้องตรวจมะเร็งและโรคเลือด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน จากสถิติข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พศ. 2565-2566 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน มีจำนวน 15,326, 16,280 และ 18,048 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2567)

ความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากความกลัวเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ ความกลัวการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งระหว่างรับการรักษา และภายหลังสิ้นสุดการรักษา (Londoudi et al., 2024) ความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่ออาการกำเริบที่ส่งผลต่อความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย อารมณ์และจิตใจ พบว่าผลข้างเคียงของการรักษา เป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็ง (พรพิมล เลิศพานิช, ภัทรานิษฐ์ เมธิพิสิษฐ์ และวัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์, 2564) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาทำให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยมะเร็งมีความเครียดจากความกลัวการกลับเป็นซ้ำ กลัวไม่หายและกลัวการเสียชีวิต (Peng et al., 2019) ผู้ป่วยมะเร็งต้องการการพึ่งพาจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเพิ่มขึ้น เนื่องจากความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการลุกลามของโรค ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง มีสภาพจิตใจที่รู้สึกสิ้นหวัง และคุณภาพชีวิตลดลง (สรสนีย์ จันทรมา, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าวัยหนุ่มสาวหรือวัยกลางคนจะมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำมากกว่าวัยสูงอายุเพราะอยู่ในวัยทำงาน ยังมีภาระหน้าที่ ชีวิตยังไม่เสร็จสมบูรณ์ (Simard et al., 2013) อาการปวดเรื้อรังที่เกิดขึ้นหลังการรักษามะเร็ง เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี เป็นต้น จะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวล เชื่อมโยงกับความกลัวการกลับเป็นซ้ำ ภาวะเครียด วิตกกังวล หรือซึมเศร้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็ง เนื่องจากความกลัวเป็นอาการร่วมของความวิตกกังวลแบบเฉพาะโรค (Cancer-specific anxiety) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน หรือกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันจะช่วยลดระดับความกลัวการกลับเป็นซ้ำ (Koch-Gallenkamp et al., 2016; Tauber et al., 2019) ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการในการตอบสนองต่อความกลัวของผู้ป่วยมะเร็งมีมากขึ้น



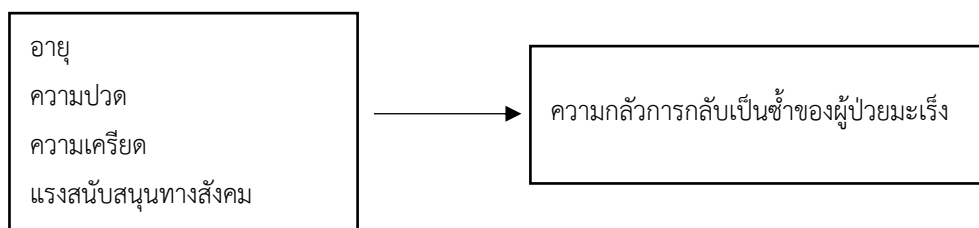
เรื่อย ๆ ตามระดับความรุนแรงของโรค จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งที่รอดชีวิตมีความทุกข์ทรมานในระดับสูงและมีคุณภาพชีวิตลดลง แต่ปัจจุบันการศึกษาความกลัวต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย และยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย (Rha et al., 2022) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานคัดกรองควรมีการประเมินความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อหาแนวทางจัดการและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำได้อย่างเหมาะสมในระหว่างรับการรักษา ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด เพื่อพัฒนาแนวทางการลดความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งจะนำไปสู่ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่สูงขึ้นตามลำดับ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ อายุ ความปวด ความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนารอบแนวคิดการวิจัย ร่วมกับการใช้ทฤษฎีสามัญสำนักในการกำกับตนเองเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วย (The commonsense model of self-regulation of health and illness) อธิบายได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งมีภาวะเจ็บป่วย และเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความทุกข์ที่สะท้อนภาวะเจ็บป่วยด้านอารมณ์ (Emotional illness representations) จากสิ่งกระตุ้นภายในตัวบุคคล (Inner stimuli) ได้แก่ อายุ ความเครียด ความปวด และจากสิ่งกระตุ้นภายนอก หรือสิ่งแวดล้อมภายนอก (Outer stimuli) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยตอบสนองโดยการแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมความกลัวการกลับเป็นซ้ำ (Leventhal et al., 2003)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้ รูปแบบการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Research Design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2567-มกราคม 2568

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ 2565-2567 จำนวนทั้งหมดประมาณ 18,048 คน

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

1. อายุ 18 ปี ขึ้นไป
2. เป็นโรคมะเร็งและได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด
3. การรับรู้ สติสัมปชัญญะดี สามารถพูด ฟัง อ่าน และเขียนภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. มะเร็งที่ไม่มีการกระจายไปอวัยวะอื่น หรือมีภาวะแทรกซ้อนขณะเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ 2565-2567 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 152 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.4 วิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบตามสถิติ Multiple Linear Regression โดยคำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (One-tailed test) กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ระดับปานกลาง เท่ากับ .15 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 ($\alpha=.05$) กำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 จำนวนตัวแปรต้นในการทำนาย 5 ตัวแปร ได้แก่ ความปวด ความเครียด อายุ เพศ และแรงสนับสนุนทางสังคมคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 138 ราย และเพื่อป้องกันความเสี่ยง จากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล (Drop out) จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10 % (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) จำนวน 14 ราย จะได้กลุ่มตัวอย่าง 152 ราย ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จนครบจำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือวิจัย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวข้อง จำนวน 19 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว สิทธิการรักษา บุคคลที่ให้การดูแลด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยและบทบาทในครอบครัว และข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ ความปวด ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคนปัจจุบัน การรักษาที่ได้รับ โรคร่วมหรือประจำตัวอื่น ๆ และอาการข้างเคียงจากการรักษาที่ได้รับ



ชุดที่ 2 แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็งฉบับย่อ (Fear of Cancer Recurrence Questionnaire - Short Form: FCRQ-SF) พัฒนาจากฉบับเต็มโดย Simard และ Savard (2009) ประกอบด้วย คำถาม 9 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และระดับ 0 หมายถึง ไม่เห็นด้วยเลย

ชุดที่ 3 แบบประเมินความเครียด ผู้วิจัยใช้เครื่องมือมาตรฐาน พัฒนาโดยโคเฮนและคณะ (Cohen et al., 1983) เป็นแบบประเมินความเครียดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา วัดความเครียด 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความเครียด (Stress or Perceived helplessness) และด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมความเครียด (Control or Perceived self-efficacy) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ระดับคะแนน 0 ไม่เห็นด้วย และระดับคะแนน 4 คือเห็นด้วยมากที่สุด

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม Social Support Questionnaire (SSQ) พัฒนาโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Somchit, 1988) ใช้ประเมินระดับการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ การช่วยเหลือทางอารมณ์ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือทางกายภาพ และการยอมรับทางสังคม มีลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ระดับคะแนน 0 ไม่เห็นด้วย และระดับคะแนน 4 คือเห็นด้วยมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามทั่วไป ผู้วิจัยนำไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัย 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญในการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 2 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 1

2. แบบสอบถามความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็ง เป็นเครื่องมือมาตรฐานสร้างและพัฒนาโดย ไชมาดและชาวาด (Simard & Savard, 2009) ผ่านกระบวนการพัฒนาเครื่องมือ การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และการทดสอบความเที่ยง (Cronbach's alpha) ซึ่งอยู่ในระดับ 0.95 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน มีค่า S-CVI เท่ากับ 0.90 (Polit & Beck, 2006)

3. แบบประเมินความเครียด เป็นเครื่องมือมาตรฐานวัดระดับความเครียดตามการรับรู้ของบุคคล (Perceived Stress) พัฒนาโดยโคเฮนและคณะ (Cohen et al., 1983) ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายทั้งในงานวิจัยและการประเมินทางคลินิก เนื่องจากมีโครงสร้างแบบสอบถามที่เรียบง่าย ใช้งานง่าย และให้ผลการวัดที่เชื่อถือ ผ่านการหาความเที่ยง (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.85 และค่าความตรงเชิงเนื้อหาจากการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญเท่ากับ 0.92

4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (SSQ) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน พัฒนาโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Somchit, 1988) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในบริบทไทย โดยครอบคลุมมิติของการได้รับการช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การให้ข้อมูล คำแนะนำ การช่วยเหลือทางกายภาพ รวมถึงการยอมรับทางสังคมจาก



บุคคลรอบข้างผ่านการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.94 และมีค่าความเที่ยง Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความถี่การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็ง ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายและความถี่การกลับเป็นซ้ำมะเร็งซ้ำ ใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) วิธี Enter regression โดยผู้วิจัยได้ทดสอบข้อมูลตามข้อเบื้องต้นนำไปวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

จริยธรรมการวิจัย

หลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการในมนุษย์แล้ว COA 116/2567 วันที่ 25/09/2567 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานห้องตรวจมะเร็งและโรคเลือด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับผู้ป่วย อธิบายรายละเอียดการวิจัย และสิทธิการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ป่วยได้รับการตอบข้อซักถามจนเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบแต่ใด ๆ ต่อการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงที่กลุ่มตัวอย่างรอรับการตรวจ หรือระหว่างรอการรักษาด้วยรังสีรักษา หรือเคมีบำบัดเท่านั้น เพื่อป้องกันการรบกวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุล ข้อมูลทั้งหมดถูกบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงผู้เดียว ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น และจะเก็บไว้เป็นระยะเวลาประมาณ 1 ปี หลังจากนั้นผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ อายุเฉลี่ย 61.15 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.9 สถานภาพคู่ ร้อยละ 80.9 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 52.6 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.1 รายได้เฉลี่ย 10,000-20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 48.7 รายได้เพียงพอ ร้อยละ 93.4 สิทธิการรักษาใช้บัตรทอง ร้อยละ 71.1 กลุ่มตัวอย่างมีผู้ดูแล ร้อยละ 100 มีบทบาทในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 55.9 ได้รับการรักษาด้วย เคมีและรังสีรักษา ร้อยละ 82.2 มีภาวะแทรกซ้อน พบมาก ได้แก่ ผมหงอก อ่อนเพลีย การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนไป ความอยากอาหารลดลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก และแผลในปาก ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 23.7 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป และข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=152)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	85	55.9
หญิง	67	44.1
อายุ mean = 61.15, S.D.=9.4708, Min=38, Max=79		
สถานภาพสมรส		
โสด	18	11.8
คู่	123	80.9
หย่าร้าง	11	7.2
ศาสนา		
พุทธ	152	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	8	5.3
ประถมศึกษา	80	52.6
มัธยมศึกษา	45	29.6
ประกาศนียบัตรและอนุปริญญา	19	12.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	6	3.9
ค้าขาย	10	6.6
รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	24	15.8
รับจ้าง ลูกจ้าง	64	42.1
เกษตรกร	48	31.6
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
ต่ำกว่า 5,000	2	1.3
5,000-10,000	21	13.8
10,001-20,000	74	48.7
20,001-30,000	46	30.3
30,001-40,000	9	5.9
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว		
เพียงพอ	142	93.4
ไม่เพียงพอ	10	6.6



ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไป และข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสังคม	22	14.5
เบิกได้จากราชการ	22	14.5
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	108	71.1
บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
มี	152	100
บทบาทในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	85	55.9
ผู้อาศัย	67	44.1
การรักษาในครั้งนี้		
เคมีบำบัด	23	15.1
รังสีรักษา	4	2.6
เคมีบำบัดและรังสีรักษา	125	82.2
ภาวะแทรกซ้อน		
ผมร่วน	4	2.6
อ่อนเพลีย	22	14.5
ท้องผูก	6	3.9
การรับรสและกลืนเปลี่ยนไป ความอยากอาหารลดลง	23	15.1
ผมร่วน อ่อนเพลีย มีแผลในปาก คลื่นไส้อาเจียน	97	63.7
การวินิจฉัย		
มะเร็งปอด	33	21.7
มะเร็งลำไส้ใหญ่	7	4.0
มะเร็งตับและท่อน้ำดี	12	7.9
มะเร็งเต้านม	34	22.4
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	36	23.7
มะเร็งปากมดลูกร้อยละ	21	13.8
มะเร็งต่อมลูกหมาก	9	5.9



ส่วนที่ 2 ความปวด ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความกลัวการกลับเป็นซ้ำ

ผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีความปวดในระดับเล็กน้อย ($\text{mean}=2.70$, $\text{S.D.}=0.935$) ความเครียด อยู่ในระดับมาก ($\text{mean}=29.55$, $\text{S.D. Mean}=7.300$) ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ($\text{mean}=22.33$, $\text{S.D.}=3.702$) และมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำในระดับมาก ($\text{mean}=28.75$, $\text{S.D.}=5.597$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าต่ำสุด สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความปวด ความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และความกลัวการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง ($n=152$)

ข้อมูล	Min	Max	Mean	S.D.	แปลผล
ความปวด	1	7	2.70	0.935	น้อย
ความเครียด	16	36	29.55	7.300	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	15	27	22.33	3.702	มาก
ความกลัวการกลับเป็นซ้ำ	14	36	28.75	5.597	มาก

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความปวด ความเครียด อายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่าความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 7.6 ($R^2=.076$) และพบว่าความเครียดมีอิทธิพลต่อความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด ($\beta=.200$) และสูงกว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=-.192$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ซึ่งความเครียดมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับความกลัวการกลับเป็นซ้ำ ยิ่งเครียดมากความกลัวก็ยิ่งมาก ($\beta=.200$) อธิบายได้ว่า ถ้าผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดมีระดับความเครียดเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความกลัวการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.3 ($B=.153$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมอธิบายได้ว่า ถ้าผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้ผู้ป่วยมีระดับความกลัวการกลับเป็นซ้ำลดลง ร้อยละ 19.2 ($B=-.290$) แสดงสมการทำนาย ได้ว่า Z ความกลัวการกลับเป็นซ้ำ $= (.200)(Z \text{ ความเครียด}) + (-.192)(Z \text{ แรงสนับสนุนทางสังคม})$ ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงค่าคงที่ และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายต่อความกลัวการกลับเป็นซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง (n=152)

ตัวแปร	B	SE	Beta	t	sig
อายุ	.049	.047	.083	1.051	.295
ความปวด	.159	.472	.027	.337	.736
ความเครียด	.153	.062	.200	2.467	.015*
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.290	.122	-.192	2.378	.019*

R=.318, R Square =.101, Adjusted R Square=.076, F=4.127

*p-value<.05

อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าพบผู้ป่วยมะเร็งในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และพบมะเร็งต่อมน้ำเหลืองมากที่สุด ร้อยละ 23.69 เนื่องจากเพศชายมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อติดเชื้อไวรัส Epstein-Barr และเชื้อ *Helicobacter pylori* ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งต่อมน้ำเหลือง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุไรวรรณ ขาวผ่อง และสดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป (2567) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) ร้อยละ 70.7 เพศชาย ร้อยละ 58.7 สูงกว่าเพศหญิง และการศึกษาค้นคว้านี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี มีความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง อยู่ในระดับมาก (mean=28.75, S.D.=5.597) เพราะว่าผู้ป่วยมีความเครียดในระดับมากแม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมก็ตาม อธิบายได้ว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในการศึกษาค้นคว้านี้เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 100 และมีภาวะแทรกซ้อนร่วมกันหลายอย่าง ได้แก่ การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนไป ความอยากอาหารลดลง ผม่วง อ่อนเพลีย มีแผลในปาก และคลื่นไส้อาเจียน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่อ่อนล้าและไม่สุขสบาย จึงทำให้ผู้ป่วยจึงมีความเครียดในระดับมาก นำไปสู่ความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็งในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งมีความกลัวการกลับเป็นซ้ำในระดับสูง (Peng et al., 2019; Vandraas et al., 2020)

ปัจจัยด้านความเครียดและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายความกลัวการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ($R^2=.076$) อธิบายได้ว่าความเครียดเป็นสิ่งที่กระตุ้นภายในตัวบุคคลด้านจิตใจ ที่ส่งผลต่อการรับรู้ และอารมณ์ เมื่อเกิดความเครียด ผู้ป่วยจะใช้พลังงานและสิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อเผชิญกับความเครียดนั้นๆ โดยการควบคุมและแก้ไขสาเหตุของความเครียด หากไม่สามารถแก้ไขภาวะดังกล่าวได้ ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงภาวะคุกคาม และเกิดเป็นความกลัว ซึ่งในภาวะนี้ ได้แก่ ความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำ จากการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าความเครียดมีอิทธิพลต่อความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta=.20, p<.05$) เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดที่พบร้อยละ 100



ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของนราภรณ์ อินใจ (2564) ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำอยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับสูงโดยความเครียดเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ($\beta=.61, p<.001$)

ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อความกลัวการการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยมะเร็งหลังได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ($\beta=.192$) ผลการศึกษาพบว่า หากกลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับความกลัวการกลับเป็นมะเร็งซ้ำลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($B=-.290$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดและบุคคลในสังคมในระดับมาก ($\text{mean}=22.33, \text{S.D.}=5.597$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 61 ปี มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 55.9 ทำให้สามีหรือภรรยาและบุตรหลานคอยดูแลอย่างใกล้ชิด อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้เกิดความกังวลต่อภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบในครอบครัวจึงต้องการหายจากโรค และนำไปสู่ความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สรรสนีย์ จันทร์มา (2564) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ระยะสุดท้าย ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม มีระดับความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและมีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเมื่อความเครียดลดลง และความผาสุกเพิ่มขึ้นอาจนำไปสู่ความกลัวต่อการกลับเป็นซ้ำลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ นวพรรษ สีมารักษ์, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล และณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น (2561) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การได้รับการดูแลเอาใจใส่ทางสังคมเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยทำให้รู้สึกว่าเป็นที่รักและมีคุณค่า ตามบริบทวัฒนธรรมของประเทศไทยที่เป็นสังคมเอื้ออาทร มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและเครือญาติสูง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ได้แรงสนับสนุน ส่งผลให้การทำงานของระบบไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มมีสุขภาพดีตามมา (Cohen & Wills, 1985)

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงเชิงจิตใจ จัดให้มีแบบสอบถามประเมินความเครียด และความกลัวการกลับเป็นซ้ำเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประเมินหลังการรักษาด้วยเคมีบำบัด/รังสีรักษาถ้าพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความเครียดสูง ควรพิจารณาเป็น “กลุ่มเสี่ยง” ที่อาจต้องติดตามใกล้ชิด วางแผนการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care Plan) เน้นการลดความเครียด (Stress Reduction Interventions) การสอนเทคนิคผ่อนคลาย เช่น Progressive Muscle Relaxation การฝึกกำหนดลมหายใจ เป็นต้น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการกลับเป็นซ้ำอย่างชัดเจน เพื่อลดความวิตกกังวลจากความไม่รู้ เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ สนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เชื่อมโยงผู้ป่วยกับกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Cancer Survivor Group) หรือส่งต่อสังคมสงเคราะห์หรือองค์กรอาสาสมัคร เป็นต้น การให้คำปรึกษาและจิตบำบัดแก่ผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงและความกลัวมาก



อาจต้องได้รับการปรึกษารายบุคคลกับพยาบาลจิตเวชหรือจิตแพทย์ ใช้เทคนิค Cognitive Behavioral Therapy (CBT) เพื่อลดความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำ การติดตามผลระยะยาวเมื่อทราบว่าความเครียดเป็นตัวทำนายสำคัญ ควรติดตามระดับความเครียดและความกลัวซ้ำในแต่ละรอบการติดตามหากพบว่าความเครียดเพิ่มขึ้น ควรเสริมมาตรการดูแลเชิงรุกทันที สามารถพัฒนาคู่มือโปรแกรมส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและลดความเครียดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งหลังการรักษา เน้นกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา

ข้อจำกัดของการวิจัย คือ การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลแห่งเดียว จึงอาจไม่สามารถสรุปผลไปยังประชากรผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นได้ทั้งหมด นอกจากนี้ การใช้แบบสอบถามที่เป็นการประเมินตนเองอาจมีอคติจากการตอบ และการศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบสัมพันธ์ ไม่สามารถยืนยันความเป็นเหตุผลเชิงสาเหตุได้ อีกทั้งตัวแปรที่ศึกษาอธิบายความแปรปรวนของความกลัวการกลับเป็นซ้ำได้เพียง ร้อยละ 7.6 จึงควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความกลัวได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกที่ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล ได้แก่ สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและความเสี่ยง สอนทักษะการจัดการอารมณ์และความวิตกกังวล และส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม เป็นต้น
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อน หรือกลุ่มผู้ป่วยร่วมโรค เพื่อเพิ่มพูนแรงสนับสนุนทางสังคม อันจะช่วยลดความเครียดและความกลัวของผู้ป่วยได้
3. พัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูหรือกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยจัดการความเครียด เช่น การปรึกษาทางจิตวิทยา การทำสมาธิ หรือกิจกรรมที่เสริมสร้างพลังใจ
4. เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะรักษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายพื้นที่หรือโรงพยาบาล
2. ศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่อาจส่งผลต่อความกลัวการกลับเป็นซ้ำ เช่น ภูมิหลังทางจิตสังคม ประสบการณ์การรักษาเดิม ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็ง หรือการรับรู้ความสามารถในการรับมือ (coping skills)
3. ใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ควรผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้เข้าใจเชิงลึกถึงประสบการณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับความกลัวการกลับเป็นซ้ำ
4. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของความกลัวการกลับเป็นซ้ำในช่วงต่าง ๆ หลังการรักษา และปัจจัยที่มีผลต่อความเปลี่ยนแปลงนั้น



5. เพื่อการพัฒนาและประเมินโปรแกรมลดความกลัวการกลับเป็นซ้ำ ควรมีการสร้างและทดลองใช้โปรแกรมหรือกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อช่วยลดความกลัวการกลับเป็นซ้ำ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต และแรงสนับสนุนทางสังคม

เอกสารอ้างอิง

- นพพรช สีมารักษ์, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล และณัฐนันท์พร สงวนกลิ่น. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 10(1), 61-70.
- พรพิมล เลิศพานิช, ภัทรานิษฐ์ เมธิพิสิษฐ์ และวัชรินทร์ วุฒิธณฤทธิ. (2564). ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยทางคลินิกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 41(3), 1-12.
- โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. (2567). สถิติผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. สืบค้นจาก <https://srth.go.th/home>
- วรารณ สาวีสวัสดิ์. (2566). ภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกับการดูแลสุขภาพแบบประคับประคองของครอบครัวในชุมชนชนบทในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 38(1), 141-155.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2563). ข้อมูลรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง Service Plan ปี 2561-2565. สืบค้นจาก http://www.nci.go.th/th/File_Download/filePlan
- Somchit, H. (1988). *Social support, self-care, and quality of life cancer patients receiving radiation in Thailand* [Doctoral dissertation in Nursing Science]. Wayne State University.
- สรสนีย์ จันทร์มา. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อุไรวรรณ ขาวผ่อง และสดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป. (2567) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย*, 8(2), 674-686.
- Bentley, G., Zamir, O., Dahabre, R., Perry, S., Karademas, E. C., Poikonen-Saksela, P., Mazzocco, K., Sousa, B., & Pat-Horenczyk. (2023). On behalf of the BOUNCE Consortium. Protective factors against fear of cancer recurrence in breast cancer patients: A latent growth model. *Cancers*, 15, 4590. <https://doi.org/10.3390/cancers15184590>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(1), 310-357.



เอกสารอ้างอิง

- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *The practice of nursing research*. St. Louis, MO: Saunders.
- International Agency for Research on Cancer. (2023). *Cancer today: Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2022 (GLOBOCAN 2022)*. World Health Organization. <https://gco.iarc.who.int/today>
- Koch-Gallenkamp, L., Bertram, H., Eberle, A., Holleczeck, B., Schmid-Höpfner, S., Waldmann, A., Zeissig, S. R., & Arndt, V. (2016). Fear of recurrence in long-term cancer survivors-do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter? *Health Psychology, 35*(12), 1329-1333. <https://doi.org/10.1037/hea0000374>
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42-65). Routledge.
- Londoudi, A., Skampardonis, K., Alikari, V., Prapa, P.-M., Toska, A., Saridi, M., Lavdaniti, M., Zyga, S., & Fradelos, E. C. (2024). Assessment of the relationship between fear of cancer recurrence, spiritual well-being, and mental health among cancer patients: A cross-sectional study. *Nursing Reports, 14*(1), 317-327.
- Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., & Humphris. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychooncology, 31*, 879-892.
- Peng, L., Huang, W., Zhang, W., Xu, Y., Lu, F., & Zhong, L. (2019). Psychometric properties of the short form of the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) in Chinese breast cancer survivors. *Frontiers in Psychiatry, 10*(1), 1-7.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rha, S. Y., Park, J. S., Choi, Y. Y., Hong, B., & Lee, J. (2022). Fear of cancer recurrence and its predictors and outcomes among cancer survivors: A descriptive correlational study. *European Journal of Oncology Nursing, 10*. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102138>



เอกสารอ้างอิง

- Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of cancer recurrence inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 17(3), 241–251. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>
- Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozanne, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, 7, 300–322. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>
- Tauber, N. M., O'Toole, M. S., Dinkel, A., Galica, J., Humphris, G., Lebel, S., Maheu, C., Ozanne, G., Sidani, S., Simard, S., & Zachariae, R. (2019). Effect of psychological intervention on fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 37(31), 2899-2915. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00572>
- Vandraas, K. F., Reinertsen, K. V., Kiserud, C. E., & Lie, H. C. (2020). Fear of cancer recurrence among young adult cancer survivors: Exploring long-term contributing factors in a large, population-based cohort. *Journal of Cancer Survivorship*, 15(3), 571-577.
- World Health Organization. (2017). *Cancer fact sheet*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>



ประสิทธิผลของโปรแกรม 50 MCEF Model ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของพระภิกษุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

สุภาวดี ศรีโท^{1*}, สุพัตรา ขาวงษ์¹ และวงศธร อ่อนศรีบุตร¹

¹โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ

(วันที่รับบทความ: 21 มกราคม 2568; วันที่แก้ไข: 6 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 14 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และดัชนีมวลกายของพระภิกษุในเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง-คือพระภิกษุจำนวน 36 รูป คัดเลือกโดยการสุ่มแบบง่ายและเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โปรแกรม “50 MCEF Model” ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การให้ความรู้และฝึกทักษะด้านสุขภาพ และระยะที่ 2 การติดตามและกระตุ้นพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า การจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตาม การสื่อสารสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง และความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความรอบรู้สุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 94.4, 94.4, 88.9, 88.9, 75.0 และ 52.8 ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. มีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 86.1 และร้อยละ 77.8 ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 97.2 ตามลำดับ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.4 หลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 86.1 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ1 มากที่สุด ร้อยละ 52.8 หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ 1 ลดลงเหลือ ร้อยละ 44.4 ตามสมมติฐานหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าดัชนีมวลกาย แตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value}<.05$ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม “50 MCEF Model” มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุ จึงควรส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: 50 MCEF Model, โปรแกรม, ความรอบรู้สุขภาพ, พระภิกษุ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** นางสุภาวดี ศรีโท; supawadeesrioo@gmail.com



Effectiveness of the 50 MCEF Model Program on Health Literacy and Changing Health Behaviors of Monks Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province

Supawadee Srito^{1*}, Supatta Chawong² and Wongsathorn Onsribut¹

¹The 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital

(Received: 21 January 2025; Revised: 6 May 2025; Accepted: 14 May 2025)

Abstract

This research is a quasi-experimental study with a single group, measured before and after the experiment. The objective is to study the effectiveness of the “50 MCEF Model” program on health literacy, health behavior modification, and body mass index among monks in Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province. The sample group consisted of 36 monks, selected by simple random sampling and participating in the program for 12 weeks. The “50 MCEF Model” program consists of 2 phases: Phase 1 involves providing knowledge and training in health skills, and Phase 2 involves continuous monitoring and motivation of behavior. Data were analyzed using descriptive statistics and the Paired Sample t-test. The research found that Self-management, media literacy according and information literacy according , health communication, access to information, and correct decision-making according ,as well as health knowledge and understanding according to. Before participating in the program, health literacy was at a low level at 94.4%, 94.4%, 88.9%, 88.9%, 75.0% and 52.8% respectively. After participating in the program, it was understanding according correct, found that and health knowledge and decision-making according . had increased health literacy to a high level at 86.1% and 77.8% respectively. Health behavior according to the principles was at a low level before the program (94.4%) and at a moderate level after the program(86.1%).Regarding BMI, before the program, the majority of the sample group had a BMI classified as obesity level 1 (52.8%). After the program, the proportion with obesity level 1 BMI decreased to 44.4%. According to the hypothesis, after the experiment, the sample group had statistically significant differences in average scores for health literacy, health behavior, and BMI compared to before the experiment (p-value < .05). This indicates that the “50 MCEF Model” program is effective in promoting the health of monks. Therefore, relevant agencies should be encouraged to apply this program to sustainably promote the health of monks.

Keywords: 50 MCEF Model, program, health literacy, monks

***Corresponding author:** Supawadee Srito; supawadeesrio0@gmail.com



บทนำ

พระพุทธศาสนาถือว่าเป็นศาสนาที่มีอิทธิพลต่อวิถีการดำรงชีวิต การศึกษา ศิลปวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ พระสงฆ์จึงเป็นผู้นำทางจิตใจของชาวบ้านและสังคมเป็นที่เคารพนับถือบูชา (พระครูศิริโสธรธรรมาภรณ์, 2565) ปัจจัยหลักที่ทำให้พระสงฆ์มีความเจ็บป่วย และเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน นั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการฉันอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ เป็นอาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด และมีไขมันมากเกินไป รวมถึงการมีกิจกรรมประจำวันที่เคลื่อนไหวร่างกายน้อย (ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล, 2561) จึงเป็นเหตุทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้นเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ไขมันในโลหิตสูงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และยังเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดตามมาได้ (นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2559)

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีพระสงฆ์ จำนวน 456 รูป พระสงฆ์ส่วนใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90.32 นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการตรวจสุขภาพพระภิกษุ เครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณในปี 2565 เพื่อส่งเสริมและสร้างสุขภาพแบบองค์รวมแก่พระภิกษุและสามเณรในพื้นที่ที่มีภาวะสุขภาพในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และวางแผนการดูแลสุขภาพพระภิกษุ สามเณร ที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องให้แก่พระภิกษุ-สามเณรและแม่ชี และสร้างเครือข่ายการทำงานดูแลสุขภาพพระภิกษุสามเณร อย่างต่อเนื่อง พบว่า มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.94 โรคเบาหวาน และไขมันในเลือด ร้อยละ 11.84 และมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังมีค่า BMI เกิน รอบเอวเกินมาตรฐาน (ค่า BMI > 25.0) มีภาวะโรคอ้วน ร้อยละ 66.22 (โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ, 2565) ทั้งนี้จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในตัวบุคคล ตามแนวคิดของ โรเจอร์ (Roger, 1983) ที่กล่าวว่าการที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้องมีการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นตัวช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันตนเองจากภาวะเสี่ยงของโรค โดยการใช้สื่อที่บุคคลเกิดความตระหนัก มีการปฏิบัติอย่างเป็นประจำ และมีความคาดหวังของผลดีของการปฏิบัตินั้น ๆ ด้วย

โปรแกรม “50 MCEF Model” พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ควบคู่กับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ Bandura และ Rogers มุ่งเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของพระภิกษุ โดยออกแบบให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและสมณเพศ โปรแกรม “50 MCEF Model” พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดด้านความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Nutbeam (2000) ร่วมกับแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ Bandura (1977) และ Rogers (1983) ที่เน้นความสามารถในการเรียนรู้และความมั่นใจในตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยออกแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสมณเพศของพระภิกษุผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ตามหลักพระธรรมวินัย โดยเน้นให้พระภิกษุได้เรียนรู้ร่วมกัน สื่อสาร แสดงออก และปฏิบัติจริงไปพร้อมกัน



เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้และการลงมือปฏิบัติที่ถูกต้อง อีกทั้งสามารถนำผลของโปรแกรมนี้ออกไปใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโครงการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของพระภิกษุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

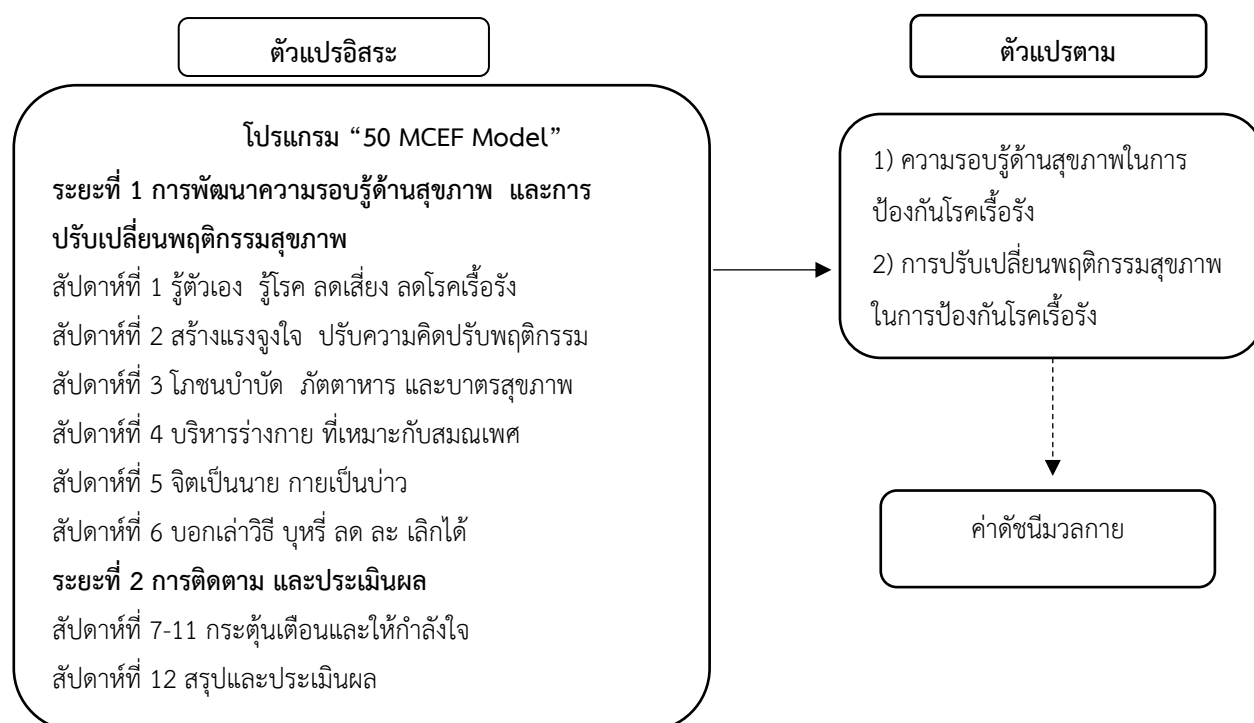
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านก่อน และหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพก่อน และหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายของพระภิกษุก่อน และหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental study) แบบ 1 กลุ่ม ทำการวัดก่อน และหลังการทดลอง รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ (One groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พระภิกษุ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ประชากร คือ พระภิกษุในเขต อำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน 456 รูป

เกณฑ์การคัดเลือก มีดังนี้ 1) เป็นพระภิกษุในเขต อำเภอเมืองอุบลราชธานี 2) ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมและได้รับความสนใจ 3) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ได้ยิน และการพูด 4) อายุ 35 ปี ขึ้นไป และเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดโรคเรื้อรัง และ 5) ไม่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ขาดการติดตามจากการศึกษา ลาสิกขาออกจากการเป็นพระภิกษุ ย้ายออกนอกพื้นที่ อาพาธ หรือมีโรคเรื้อรัง 2) ขอลอนตัวระหว่างดำเนินกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*Power เพื่อใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์ ดังนี้ เลือก Test family ให้อยู่ในตระกูลสถิติทดสอบ t-test , เลือก Statistical test เป็น Means: Difference between two dependent means (matched pairs), เลือก Type of power analysis เป็นการทดสอบขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (A priori: Compute required sample size-given α , Power and Effect size) ระบุค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง โดยการใส่ค่าต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ได้จากงานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ของ ภัฏฐวรรณ ลียุทธานนท์ (2562) ได้แก่ Mean group 1=3.49, S.D. group 1 =0.50, Mean group 2=3.81, S.D. group 2=0.42 Effect size=0.68, α err prob=0.05, Power (1- β err prop)=0.95 จะได้ผลการกำหนดขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 30 คน เพื่อการสูญเสียผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 (Polit, 2010) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ใช้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 36 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 ถึง ตุลาคม 2567

เครื่องมือการวิจัย

โปรแกรม “50 MCEF Model” โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ ระยะที่ 2 การติดตามและประเมินผล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้าง และพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรู้ด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุทางโลก การศึกษาทางโลก การสูบบุหรี่



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย (2561) แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

2.1 แบบวัดความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อลักษณะคำถามเป็นแบบให้ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จาก 4 ตัวเลือกคำตอบ ตอบถูก ได้ 1 คะแนนตอบผิด ได้ 0 คะแนน แปลความหมายจากค่าคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Bloom (1971) คะแนนเต็ม เท่ากับ 6 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง ตั้งแต่ร้อยละ	80 ขึ้นไป (4-6 คะแนน)
ระดับปานกลาง	หมายถึง ร้อยละ	60-79 (2-3 คะแนน)
ระดับต่ำ	หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ	60 (0-1 คะแนน)

2.2 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูล จำนวน 2 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่ามีความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อข้อความนั้นอย่างไร แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และ น้อยที่สุด 1 คะแนน

2.3 แบบสอบถามการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ แบบสอบถามการจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่ามีความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อข้อความนั้นอย่างไร แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และ น้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) เกณฑ์ดังนี้ น้อยที่สุด 3-4 คะแนน น้อย 5-7 คะแนน ปานกลาง 8-10 คะแนน มาก 11-13 คะแนน และมากที่สุด 14-15 คะแนน

2.4 แบบสอบถามการจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่ามีความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อข้อความนั้นอย่างไร แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และ น้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) เกณฑ์ดังนี้ น้อยที่สุด 3-4 คะแนน น้อย 5-7 คะแนน ปานกลาง 8-10 คะแนน มาก 11-13 คะแนน และมากที่สุด 14-15 คะแนน

2.5 แบบสอบถามรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ข้อคำถามเป็นข้อความให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่ามีความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อข้อความนั้นอย่างไร แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และ น้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้



ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) เกณฑ์ดังนี้ ระดับน้อยที่สุด 2 คะแนน น้อย 3-4 คะแนน ปานกลาง 5-6 คะแนน มาก 7-8 คะแนน และมากที่สุด 9-10 คะแนน

2.6 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้ เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จาก 4 ตัวเลือกคำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลความหมายจากค่าคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมิน ของ Bloom (1971) คะแนนเต็ม เท่ากับ 3 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ ระดับสูง หมายถึง ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (3 คะแนน) ระดับปานกลาง หมายถึง ร้อยละ 60-79 (2 คะแนน) และระดับต่ำ หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-1 คะแนน)

ตารางการแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	การแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.	4- 6 คะแนน	2-3 คะแนน	0-1 คะแนน
2. การเข้าถึงข้อมูล 2 ข้อ	7-10 คะแนน	5-6 คะแนน	2-4 คะแนน
3. การสื่อสารสุขภาพ 3 ข้อ	11-15 คะแนน	8-10 คะแนน	3-7 คะแนน
4. การจัดการตนเอง 3 ข้อ	11-15 คะแนน	8-10 คะแนน	3-7 คะแนน
5. รู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ.2ส.2 ข้อ	7-10 คะแนน	5-6 คะแนน	2-4 คะแนน
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. 3 ข้อ	3 คะแนน	2 คะแนน	0-1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) จำนวน 6 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากหลักเกณฑ์และวิธีการวัดประเมินของ Best (1981) คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน มีเกณฑ์ดังนี้ ระดับสูง=22-30 คะแนน ระดับปานกลาง=14-21 คะแนน ระดับต่ำ=6-13 คะแนน

ส่วนที่ 4 การประเมินดัชนีมวลกาย จำนวน 1 ข้อ โดยการคำนวณค่า ค่าดัชนีมวลกาย คำนวณจาก ค่าของ น้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร ยกกำลัง 2 และแสดงในหน่วย กก./ม² (ถิรจิต บุญแสน, 2562)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรม “50 MCEF Model” โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ ระยะที่ 2 การติดตามและประเมินผล

สัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรม รู้ตัวเอง รู้โรค ลดเสี่ยง ลดโรคเรื้อรัง กิจกรรมสร้างแรงจูงใจ ปรับความคิด ปรับพฤติกรรม การพัฒนาทักษะที่จะให้บุคคล การพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการในการป้องกันโรคเรื้อรัง พัฒนาทักษะที่จะให้บุคคล เกิดความกลัว รับรู้ภาวะคุกคามที่จะถึงตัว ตัดสินใจลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมได้ และสามารถบอกต่อข้อมูล บริการ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเรื้อรังให้กับบุคคลอื่นได้



สัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมโภชนบำบัด ภัตตาหาร และบาตรสุขภาพ กิจกรรมบริหารร่างกาย ที่เหมาะกับสมณะเพศ โภชนบำบัด (Nutritional Therapy) เป็นการใช้พลังงานและสารอาหารที่เหมาะสมเพื่อช่วยบำบัดหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ หรือใช้เป็นการเสริมสร้างสุขภาพของพระสงฆ์แนวคิดด้านโภชนบำบัดเน้นการให้ความสำคัญกับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และสมดุล การออกกำลังกายของพระสงฆ์จะไม่เหมือนกับการออกกำลังกายทางกายภาพทั่วไปที่เน้นการเพิ่มกำลังและสมรรถภาพทางกายภาพเป็นหลัก แต่เน้นไปที่ความผ่อนคลายและสร้างสมาธิในการดำเนินชีวิตประจำวันของพระสงฆ์

สัปดาห์ที่ 5-6 กิจกรรมจิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว กิจกรรม บอกเล่าวิธี บุหรี่ เลิกได้ การให้ความสมดุลระหว่างการดูแลจิตใจและการดูแลร่างกาย หมายถึงการพัฒนาทั้งความรู้สึกและสภาวะอารมณ์ที่ตีรวมถึงการดูแลสุขภาพกายให้อยู่ในสภาพที่ดี การสร้างความรอบรู้คือกระบวนการที่เรียนรู้เรื่องใหม่หรือเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ และสุรา ให้เข้าใจเรื่องหนึ่ง ๆ ในระดับลึกขึ้น

สัปดาห์ที่ 7-11 การกระตุ้นเตือน และให้กำลังใจกับกลุ่มตัวอย่าง ประยุกต์ใช้ทักษะความรู้และความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผ่านการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกใช้วิธีการ และโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง การกระตุ้นเตือน และการได้รับกำลังใจจากบุคคลอื่น ทั้งคณะสงฆ์ ญาติโยม และเจ้าหน้าที่ จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตามมา

สัปดาห์ที่ 12 นำเสนอตัวแบบที่ดีด้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้นอยู่ภายใต้พื้นฐานการสร้างเชื่อมั่นในตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามแนวคิดของแบนดูรา 4 ประการ คือ การประสบกับภาวะเหตุการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นอารมณ์ซึ่งทำให้บุคคลมีความสามารถที่จะเลือกหรือกำหนดพฤติกรรมใดๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผ่านการตรวจสอบค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นรายข้อ (IOC: Index of item objective congruence=0.67 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามแบบสอบถามความความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อพิจารณาความชัดเจนของแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. มีค่าสถิติคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.75 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ. 2ส. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ. 2ส. และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ. 2ส. โดยค่าสถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.73, 0.72, 0.71, 0.70, 0.74 และ 0.80 ตามลำดับ



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการศึกษาในระหว่างเดือนมิถุนายน 2567 ถึงเดือน สิงหาคม 2567

1. ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ที่จะทำการศึกษา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะสงฆ์อำเภอเมืองอุบลราชธานี เจ้าอาวาสวัดในพื้นที่ศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนดำเนินกิจกรรม

3. ดำเนินกิจกรรม ในสัปดาห์ 2-11 สัปดาห์

4. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) กระตุ้นติดตามผล โดยทบทวนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมทดลอง และวัดน้ำหนัก ส่วนสูงในสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เป็นการแจกแจงค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง อายุทางโลก การศึกษาทางโลก การสูบบุหรี่ ความรอบรู้สุขภาพ ระดับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเรื้อรัง และดัชนีมวลกาย ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลซึ่งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และข้อมูลส่วนตัวจะถูกเก็บรักษา ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่มีผลกระทบต่อสิทธิและหน้าที่ที่ได้รับหรือพึงได้รับในอนาคตผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รหัส SSJ.UB 2567-105 วันที่อนุมัติ 13 พฤษภาคม 2567 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 12 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เฉลี่ย 71.86 กิโลกรัม (S.D.=11.62) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างน้ำหนักลดลง โดยมีน้ำหนักเฉลี่ย 70.56 กิโลกรัม S.D.=11.39 ส่วนสูงเฉลี่ย 166.22 (S.D.=7.43) อายุเฉลี่ย 54.8 ปี (S.D.=17.21) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า มากที่สุด ร้อยละ 33.30 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 22.2 ด้านการสูบบุหรี่พบว่า ไม่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 94.4 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล (n=36)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนัก (กิโลกรัม) Mean=71.8, S.D.=11.6		
ส่วนสูง (เซ็นติเมตร) Mean=166.2, S.D.=7.4		
อายุ (ปี) Mean=54.8, S.D.=11.6		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	1	2.8
ประถมศึกษา	7	19.4
มัธยมตอนต้น	8	22.2
มัธยมปลาย/ปวช.	7	19.4
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	12	33.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.8
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	34	94.4
สูบทุกวัน	1	2.8
สูบเป็นบางวัน	1	2.8

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์รายด้าน

2.1. ผลการวิเคราะห์ระดับผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการตนเอง รู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ.2ส. และสารสนเทศตาม 3อ.2ส. การสื่อสารสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส. และความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความรอบรู้สุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 94.4, ร้อยละ 94.4 ร้อยละ 88.9 ร้อยละ ร้อยละ 88.9 ร้อยละ 75.0 และ ร้อยละ 52.8 ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. มีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 86.1 และร้อยละ 77.8

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง จำแนกตามระดับความรอบรู้สุขภาพด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.				
ระดับสูง (4-6 คะแนน)	1	2.8	35	97.2
ระดับปานกลาง (2-3 คะแนน)	16	44.4	1	2.8
ระดับต่ำ (0-1 คะแนน)	19	52.8	0	0



ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลัง จำแนกตามระดับความรู้สุขด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูล				
ระดับสูง (7-10 คะแนน)	2	5.6	31	86.1
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	2	5.6	4	11.1
ระดับต่ำ (2-4 คะแนน)	32	88.9	1	2.8
การสื่อสารสุขภาพ				
ระดับสูง (11-15 คะแนน)	1	2.8	21	58.3
ระดับปานกลาง (8-10 คะแนน)	0	0	13	36.1
ระดับต่ำ (3-7 คะแนน)	35	88.9	2	5.6
การจัดการตนเอง				
ระดับสูง (11-15 คะแนน)	2	5.6	15	41.7
ระดับปานกลาง (8-10 คะแนน)	0	0	19	52.6
ระดับต่ำ (3-7 คะแนน)	34	94.4	2	5.6
รู้เท่าทันสื่อ ตาม 3อ.2ส.				
ระดับสูง (7-10 คะแนน)	2	5.6	28	11.1
ระดับปานกลาง (5-6 คะแนน)	0	0	4	11.1
ระดับต่ำ (2-4 คะแนน)	34	94.4	4	77.8
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตาม 3อ.2ส.				
ระดับสูง (2-3 คะแนน)	1	2.8	28	77.8
ระดับปานกลาง (1 คะแนน)	8	22.2	8	22.2
ระดับต่ำ (0 คะแนน)	27	75.0	0	0

2.2. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการป้องกันและดัชนีมวลกาย

พบว่าพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ 2ส ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 94.4 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ 2ส อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 86.1 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงระดับจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง ก่อน และหลังกลุ่มจำแนกตามระดับพฤติกรรม

การปฏิบัติตัว	พฤติกรรมระดับสูง	พฤติกรรมระดับสูงปานกลาง	พฤติกรรมระดับสูงต่ำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ก่อนการทดลอง	0 (0)	2 (5.6)	34 (94.4)
หลังการทดลอง	3 (8.3)	31 (86.1)	2 (5.6)



ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม“50 MCEF Model” ต่อความรอบรู้สุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ1 มากที่สุด ร้อยละ 52.8 รองลงมาคือ ปกติสมส่วน ร้อยละ 22.2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 ลดลงเหลือ ร้อยละ 44.40 และอยู่ในระดับปกติสมส่วนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังกลุ่มจำแนกตามระดับดัชนีมวลกาย

ระดับ ดัชนีมวลกาย	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
BMI < 18.5	2	5.6	2	5.6
BMI 18.5 – 22.90	8	22.2	9	25.0
BMI 23 – 24.90	1	2.8	4	11.1
BMI 25 – 29.90	19	52.8	16	44.4
BMI 30 ขึ้นไป	6	16.7	5	13.9

ส่วนที่ 3 ผลของโปรแกรม“50 MCEF Model”โดยการเปรียบเทียบ ความรอบรู้สุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส

ด้านการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. ด้านการสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. ด้านการจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตาม 3อ.2ส. ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3 อ.2ส. พฤติกรรมการป้องกันโรคและระดับ BMI ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนความรอบรู้สุขภาพ คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรค และคะแนน BMI ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=36)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง Mean (S.D.)	หลังการทดลอง Mean (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส	1.55 (1.1)	5.33(0.7)	-3.77	(-4.2)-(-3.30)	-16.2	<.001
การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส.	3.63(1.2)	7.19(1.2)	-3.55	(-4.1)-(-2.9)	-12.8	<.001
การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส.	5.19(1.6)	10.36(1.8)	-5.16	(-5.9)-(-4.4)	-14-10	<.001
การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส.	5.00(1.8)	10.72(2.1)	-5.72	(-6.5) – (-4.8)	-13.3	<.001
การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตาม 3อ.2ส.	3.02(1.1)	7.58(1.8)	-4.55	(-5.1) – (-3.9)	-14.3	<.001
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส.	0.89(0.8)	2.78(0.4)	-1.88	(-2.2) - (-1.5)	-10.9	<.001
พฤติกรรมการป้องกันโรค	10.31(2.6)	19.30(2.9)	-9.00	(-10.4)-(-7.5)	-12.5	<.001
ดัชนีมวลกาย	26.14(4.6)	25.66(4.5)	0.48	0.3 - 0.6	6.3	<.001

* $p\text{-value}<.05$



อภิปรายผล

จากการศึกษาการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรอบรู้สุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุ อำเภอมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้ หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่า ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตาม 3อ.2ส. และการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2 ส. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความรอบรู้สุขภาพในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาทักษะการรู้ เข้าใจ เข้าถึง และจัดการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่ชี้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และตรงกับผลการศึกษาของ ลภัสรดา วรดาภคินันท์ (2563) และ อารณา โทปัญญา, ประทีป กาลเขว่า เบญญาภา กาลเขว่า และคณะ (2565) ในการพัฒนาความรอบรู้สุขภาพนั้น ต้องเข้าใจถึงตัวกำหนด หรือปัจจัยที่อาจมีผลต่อความรอบรู้สุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดรูปแบบ หรือกลยุทธ์ในการพัฒนา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้สุขภาพ คือ ปัจจัยระดับบุคคล ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระดับสังคม (ทรงวิทย์ จโรภาสรัตน์, 2562) พฤติกรรมจะเปลี่ยนแปลงขึ้นกับการเรียนรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องการได้จำเป็นต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อน หากบุคคลประเมินว่าตนเองมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินความสามารถของตนเองบุคคลจะเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Bandura, 1977) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เตชภณ ทองเต็ม และจิรนนท์ แก้วมา (2562) ศึกษาเรื่องกิจกรรมทางกายของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัด ศรีสะเกษ อายุระหว่าง 50-69 ปีพบว่า พระภิกษุสงฆ์มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับคะแนน พบว่ามีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 74.15 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ มณีพงศ์ วลัยพร สิงห์จ้อย สัญญา สุขขำ และคณะ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม 3อ 2ส ของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้ โดยพบว่าเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การสื่อสารสุขภาพตาม 3อ.2ส. การจัดการตนเองตาม 3อ.2ส. การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศตาม 3อ.2ส. และการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3อ.2ส. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีความรอบรู้สุขภาพในระดับต่ำ และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตาม 3อ.2ส. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. การมีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง ซึ่งความรู้ ความเข้าใจ ทำความเข้าใจในบริบททางด้านสุขภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และแรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Don Nutbeam, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลภัสรดา วรดาภคินันท์ (2563) ศึกษาเรื่องการศึกษาวิเคราะห์ความ



รอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามสุขบัญญัติ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ เจ้าอาวาส หรือผู้ช่วยเจ้าอาวาสของวัดในเขตการปกครองคณะสงฆ์จังหวัดนนทบุรี พบว่าการศึกษาสภาพความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพพบว่ามีความเฉลียวอยู่ในระดับเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อารญา โทปัญญา, ประทีป กาลเข้ และเบญญาภา กาลเข้ (2565) ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าพระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีความรอบรู้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. เปลี่ยนจากระดับต่ำก่อนโปรแกรม (94.4%) ไปสู่ระดับปานกลาง (94.4%) หลังเข้าร่วม ซึ่งแสดงถึงการรับรู้และปรับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การเปลี่ยนแปลงนี้อธิบายได้จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1977) และสนับสนุนผลวิจัยของ อุมพร นิมตระกูล (2563) หลังเข้าร่วมโปรแกรมพฤติกรรมปฏิบัติตัวตามหลัก 3 อ 2 ส ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมสุขภาพการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่างๆ คือ สุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล (Lefton & Brannon, 2008) อย่างไรก็ตามพบว่าพฤติกรรมควบคุมปริมาณอาหาร และควบคุมรสอาหาร ไม่ให้มีรสจัด และการรับประทานผักและผลไม้ ไม่สามารถปฏิบัติได้ในทุกวัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้นำมาถวาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร นิมตระกูล (2563) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจาก พระคิลานุปัฏฐากสู่พระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ 1 พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระคิลานุปัฏฐาก ผลคะแนนเฉลี่ยพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมพระคิลานุปัฏฐากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าพระสงฆ์ที่ไม่ได้รับการอบรมมีความแตกต่างกันทางสถิติ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่าง ๆ หันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอารญา โทปัญญา ประทีป กาลเข้ เบญญาภา กาลเข้ และคณะ (2565) ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่าระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของโปรแกรม “50 MCEF Model” ต่อความรอบรู้สุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการคะแนนเฉลี่ย BMI ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องตามสมมติฐานของการศึกษาในครั้งนี้ โดยพบว่าเมื่อพิจารณาแบ่งเป็นระดับพบว่าค่าดัชนีมวลกาย ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับ1 มากที่สุด ร้อยละ 52.8 รองลงมาคือ ปกติสมส่วน ร้อยละ 22.2 หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า



กลุ่มตัวอย่าง มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 ลดลงเหลือ ร้อยละ 44.4 และอยู่ในระดับปกติสมส่วนเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25 อย่างไรก็ตามการระดับค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ขึ้นอยู่กับทัศนคติด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ชีรยุทธ มงคลมะไฟ ศรีศักดิ์ สุนทรไชย ศินา จันทรศิริ และคณะ (2561) ทั้งนี้ในด้านการควบคุมปริมาณอาหาร และควบคุมรสอาหาร ไม่ให้มีรสจัด และการรับประทานผักและผลไม้ ไม่สามารถปฏิบัติได้ในทุกวัน ขึ้นอยู่กับผู้ที่นำมาถวาย และไม่สามารถออกกำลังกายได้เหมือน บุคคลทั่วไป จึงออกกำลังกายเพียงแค่การขยับร่างกาย ตามกิจวัตรประจำวันเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์ นิรชร ชูติพัฒนะ อิศระ ทองสามสี และคณะ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลาพบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ โกลิณัฐ ศรีทอง ชลวิทย์ เจียรจิตต์ เบญจมาศ สุขสถิตย์ และคณะ (2564) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย โดยการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกาย และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (THLA-N8) พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาเกินเกณฑ์มาตรฐาน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอและตำบล สามารถนำโปรแกรม “50 MCEF Model” ไปประยุกต์ใช้ในวัดต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุให้เหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตของสงฆ์ และสามารถเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในชุมชน
2. ส่งเสริมให้วัดเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ด้านสุขภาพในชุมชน โดยอาศัยบทบาทของพระภิกษุที่ได้รับการอบรมจากโปรแกรม
3. ข้อมูลจากการวิจัยสามารถเสนอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปใช้ในการจัดทำแผนงานหรือโครงการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มพระภิกษุ โดยใช้โมเดล “50 MCEF Model” เป็นแนวทางหลัก
4. สามารถขยายการดำเนินงานของโปรแกรมไปยังอำเภออื่นๆ ในจังหวัดอุบลราชธานี หรือจังหวัดใกล้เคียง โดยร่วมมือกับวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการจัดทำการศึกษาในรูปแบบอื่นๆ โดยนำผลของการวิจัยที่ได้ไปออกแบบโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ร่วมกับชุมชน เช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมแบบมี



ส่วนร่วม เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพโดยเข้าใจ และตระหนักได้ว่าการดูแลสุขภาพ มีความสำคัญต่อสุขภาพอย่างไร เพื่อจูงใจให้เห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีขึ้น

2. ศึกษาเปรียบเทียบกับโปรแกรมส่งเสริมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค เพื่อให้ได้ประสิทธิผลของโปรแกรมที่ดีที่สุดและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- โกนิญ์ ศรีทอง, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, เบญจมาศ สุขสถิต, และชัยวัชรพรหมจิตติพงศ์. (2564). สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 9(5), 1793-1804.
- เดชภณ ทองเต็ม, และจิรนนท์ แก้วมา. (2562). กิจกรรมทางกายของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้*, 7(2), 48-61
- ทรงวิทย์ จโรภาสรัตน์. (2562). การพัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้มารับบริการทันตกรรมวัยผู้ใหญ่ในบริบทของสังคมไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์].
- ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์, นิรชร ชูดีพัฒนะ และอิสระ ทองสามสี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. *การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10*.
- ธีรยุทธ มงคลมะไฟ, ศรีศักดิ์ สุนทรไชย และศินา จันทรศิริ. (2561). ปัจจัยความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการเลือกอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 27(2), 211-218.
- นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในบริการปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(1), 113-126.
- พระครูพิพิธสุตาทรร (บุญช่วย สิริธโร). (2560). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560*. นนทบุรี: บริษัท โอ.เอส. พรินติ้ง เฮาส์ จำกัด.
- พระครูศิริโสธรคณารักษ์. (2565). บทบาทพระสงฆ์ต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *วารสารพุทธปรัชญาวิวัฒน์*, 6(2), 624-635.
- พัชรินทร์ มณีพงศ์, วลัยพร สิงห์จ้อย, สัณญา สุขขำ, และเพชรน้อย ศรีผดุง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 4(1), 84-93.
- มัญจวรรณ ลียุทธานนท์, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, จริญญา แก้วสกุลทอง, และภาสินี แซ่ติ้ว. (2562). การพัฒนารูปแบบถวายความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 25(2), 104-117



เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ. (2565). *สรุปผลงานประจำปีงบประมาณ 2565*.
- ลภัสรดา วรรตาคณันท์. (2563). การศึกษาวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติ. *วารสารบัณฑิตศึกษาปริทรรศน์*, 16(2), 129-138.
- ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 8(1), 116-123.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮาส์ จำกัด.
- อารญา โทปัญญา, ประทีป กาลเขว้า, และเบญญาภา กาลเขว้า. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 4(1), 33-38.
- อุมาพร นิมิตระกุล, และพระวิสุทธิ ฐิตวิสิทฺโธ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากพระคิลานุปัฏฐากสู่พระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ 1. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*, 11(1), 33-51
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Best, J. W. (1981). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bloom, B. S., Hastings, J. T., & Madaus, G. F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Lefton, L. A., & Brannon, L. (2008). *Psychology*. New York: Pearson Education.
- 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.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson.
- Rogers, R. W. (1983). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.



ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

เกียรติคุณ มูลตรา¹ และอรุณ บุญสร้าง^{2*}

¹นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตสาธิตมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 29 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 26 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 30 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 96 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองจำนวน 48 คน จากตำบลห้วยไผ่ และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 48 คน จากตำบลหนองผือน้อย โปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นโดยบูรณาการทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามระหว่างเดือน ธันวาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired Sample t-test ทดสอบความแตกต่างคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเมื่อควบคุมอิทธิพลด้วยสถิติ ANCOVA ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ Mean diff=2.062, 95% CI=1.247, 2.88) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (Mean diff=5.77, 95% CI=-4.21, 7.22) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ (Mean diff=3.41, 95% CI=2.09, 4.73) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลห้วยไผ่ มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สามารถนำไปใช้กับพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ที่มีพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบเพื่อยกระดับความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และลดพฤติกรรมเสี่ยงอันจะนำไปสู่การป้องกันและลดอุบัติการณ์ของโรคพยาธิใบไม้ในตับ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง, พยาธิใบไม้ตับ, ประชาชนกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: อรุณ บุญสร้าง; arun.b@ubu.ac.th



Effect of Self-Care Behavior Modification Program of The Group at Risk Liver Fluke Infection in The People of Huai Phai Subdistrict, Khong Chiam District, Ubon Ratchathani Province

Giattikun Moonthra¹ and Arun Boonsang^{2*}

¹M.P.H. Student College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

²College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University

(Received: 29 April 2025; Revised: 2 May 2025; Accepted: 30 May 2025)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a self-care behavior modification program for individuals at risk of liver fluke infection. The study involved 96 participants with identified risk behaviors for liver fluke infection. They were divided into an experimental group (n=48) from Huai Phai sub-district, Khong Chiam district and a control group (n=48) from Nong Phoe Noi sub-district in Ubon Ratchathani province. The program integrated the Health Belief Model with specific self-care behavior modification activities tailored to this at-risk population. Data were collected via questionnaires between December 2024 and March 2025. Statistical analysis included paired-sample t-tests to assess within-group changes and ANCOVAs to compare knowledge, attitudes, and preventive behaviors related to liver fluke disease between groups while controlling for covariates. The findings revealed that, post-intervention, the experimental group showed a statistically significant increase in knowledge about liver fluke disease compared to pre-intervention ($p<.001$, Mean diff=2.062, 95% CI=1.247, 2.88). Similarly, mean attitude scores regarding liver fluke disease ($p<.001$, Mean diff=5.77, 95% CI=-4.21, 7.22) and mean preventive behavior scores ($p<.001$, Mean diff=3.41, 95% CI=2.09, 4.73) also significantly improved. These results indicate that the self-care behavior modification program for residents at risk of liver fluke infection in Huai Phai sub-district was effective in achieving its objectives. This program holds potential for adaptation and implementation in other high-risk areas where raw fish consumption is prevalent. It can effectively enhance knowledge, transform attitudes, and reduce risky behaviors, thereby contributing to the prevention and reduced incidence of liver fluke infection, a primary cause of cholangiocarcinoma.

Keywords: a change behavior programs and self- care, liver fluke, people at risk liver fluke Infection

***Corresponding author:** Arun Boonsang; arun.b@ubu.ac.th



บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลกซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รับรองว่าโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อ สุขภาพประชาชนและยังได้รับรองว่าการเป็นพยาธิใบไม้ตับเรื้อรัง หรือมีการติดเชื้อซ้ำบ่อย ๆ ในระยะยาวจะเป็นสารก่อมะเร็ง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี จากการสำรวจสถานการณ์ความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่ามีความชุกตลอดจากอดีตจนถึงปัจจุบันนี้ จากโรคพยาธิใบไม้ในตับชนิด *Opisthorchis viverrine* ปี พ.ศ. 2559-2563 พบผู้ป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับไม่น้อยกว่า 6 ล้านคน จากสถิติพบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 16.3, 11.7, 5.7, 4.7 และ 4.3 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้าน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกของโรคสูงสุด โดยประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว่า 20 ล้านคน ติดโรค หรือเคยติดโรคพยาธิใบไม้ตับ หรือนับเป็นหนึ่งในสามของประชากรในประเทศ และในปี 2559-2562 พบคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี 26.3, 25.1, 24.3 และ 24.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับโดยเกิดขึ้นกับประชากรวัยทำงานอายุระหว่าง 40-60 ปี ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 80,000 บาท ต่อราย หรือประมาณ 1,960 ล้านบาทต่อปี ถือว่าเป็นโรคที่รุนแรงและก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้ มีแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี พ.ศ. 2559 - 2568 และได้จัดทำโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็ง ท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลแด่ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว พระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช เสด็จขึ้นครองราชย์ครบ 70 ปี ในปี พ.ศ. 2559 พร้อมทั้ง สมเด็จพระนางเจ้า พระบรมราชินีนาถทรงเจริญพระชนมพรรษา 84 พรรษา เพื่อกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในพื้นที่เสี่ยงสูงของประเทศ และในปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการบูรณาการพัฒนาศักยภาพ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับและระบบสุขภาพ บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในทุกพื้นที่ ผ่านเทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล เชื่อมโยงการจัดการเรียนการสอนและสนับสนุนให้มีการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็ก เยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน ผนวกอาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ต้องอาศัยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามแนวทางการดำเนินงาน 5 มาตรการที่สำคัญของทศวรรษกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารีโภคที่เหมาะสมของประชาชน (นฤยา ขุนแก้ว และอารี บุตรสอน, 2565)

สถานการณ์การตรวจพบพยาธิใบไม้ตับของอำเภอโขงเจียมปี 2561-2565 พบว่า มีอัตราความชุกพยาธิใบไม้ตับในภาพรวมตรวจพบ ร้อยละ 28.17 และผลคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับอำเภอโขงเจียม 3 ลำดับแรกที่พบว่ามีอัตราความชุกของพยาธิใบไม้ตับคือ ตำบลห้วยไผ่ ร้อยละ 11.38 ตำบล โขงเจียม ร้อยละ 9.72 และตำบลหนองแสงใหญ่ ร้อยละ 7.07 จากสถานการณ์การตรวจพบพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลห้วยไผ่ที่ติดเชื้อสูงสุดและ รองลงมาเป็นตำบลโขง



เจียม (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม, 2565) จากสถานการณ์และข้อมูลดังกล่าวดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวยังมีพฤติกรรมบริโภคปลาดิบซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็งตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาพัฒนาาร่วมกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในการป้องกันโรคของประชาชนพื้นที่ตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนตำบลห้วยไผ่ไม่ให้เป็นโรคปลาดิบ และคาดว่าผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับนี้จะลดอัตราการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดีได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ทักษะคติต่อป้องกันภาวะโรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองผลต่างค่าเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรค ทักษะคติต่อป้องกันภาวะโรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ



กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

- 1) ข้อมูลทั่วไป
- 2) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย
 - กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (โส)
 - กิจกรรมสร้างเสริมทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ (ซอม)
 - กิจกรรมการเล่าประสบการณ์ หรือ Role Model
 - กิจกรรมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (ส่อ)

ตัวแปรตาม

การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ

- ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้น
- ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ เพิ่มขึ้น
- พฤติกรรมการดูแลตนเองและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับเพิ่มขึ้น

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยสองกลุ่ม วัดผลการศึกษาก่อนและหลังการทดลอง Two Group Pre-test Post-test Design

ประชากร คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (มีพฤติกรรมรับประทานปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ปลาธำนิษดา ปลาสร้อยขาว) ตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาการศึกษาระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม 2567 ถึง 23 มีนาคม 2568 จำนวน 96 คน

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับตำบลห้วยไผ่ ผ่านการทดสอบวัดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผลการทดสอบอยู่ในเกณฑ์ต่ำถึงปานกลาง มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารโดยการพูดคุยหรือให้คำตอบ ระหว่างมีการสัมภาษณ์ภาษาไทยได้ชัดเจน และ 2) มีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด 2) แสดงความจำนงค์ขอออกจากโครงการวิจัย และ 3) เสียชีวิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับตำบลห้วยไผ่เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยไผ่ ตำบลห้วยไผ่ และผ่านการทดสอบวัดความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผลการทดสอบอยู่ในเกณฑ์ต่ำถึงปานกลาง จำนวน 48 คน



กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับตำบลห้วยไผ่เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองผือน้อย และผ่านการวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยผลการทดสอบอยู่ในเกณฑ์ต่ำถึงปานกลาง จำนวน 48 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (Intervention) คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ที่พัฒนามาจากผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ (นิภาพร ปัญญาทิพย์, 2564)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลปรับปรุงจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ (นิภาพร ปัญญาทิพย์, 2564) และจากกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่แบบสอบถามที่ใช้รวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังเข้าโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การอาศัยอยู่ในชุมชนในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา แหล่งน้ำสาธารณะที่ใช้สำหรับจับปลา การกินปลาในแหล่งน้ำของชุมชน บุคคลในครอบครัวมีผู้ป่วยเป็นพยาธิใบไม้ตับ และข้อมูลญาติสายตรง ที่เป็นสายโลหิต เป็นมะเร็งท่อน้ำดี

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 10 ข้อ จำแนกเป็นข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 7 ข้อ และเป็นข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับอาการและความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก ตอบถูก ได้คะแนน เท่ากับ 1 และ ตอบผิด ได้คะแนน เท่ากับ 0 แปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (8-10 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับดี คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 ขึ้นไป (6-7 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับปานกลาง และ คะแนนร้อยละ 00.00-59.99 ขึ้นไป (0-5 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในระดับน้อย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบ มาตราวัดคะแนน 3 ระดับ ข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือเห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 3 เห็นด้วยปานกลางเท่ากับ 2 และเห็นด้วยน้อยเท่ากับ 1 ข้อคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือเห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 1 เห็นด้วยปานกลางเท่ากับ 2 และเห็นด้วยน้อยเท่ากับ 3 การประเมินทัศนคติแบ่งเป็น 3 ระดับตามอันตรภาคชั้น (Interval scale) คะแนน 35-45 หมายถึง มีทัศนคติในระดับมาก คะแนน 25-34 หมายถึง มีทัศนคติในระดับปานกลาง คะแนน 15-24 หมายถึง มีทัศนคติในระดับน้อย



ตอนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 12 ข้อ โดยมีคำตอบเป็นมาตราส่วน (Ordinal scale) 3 ระดับที่แสดงความถี่ของพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้แก่ ข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนน คือเห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 3 เห็นด้วยปานกลางเท่ากับ 2 และเห็นด้วยน้อยเท่ากับ 1 ข้อคำถามเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือเห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 1 เห็นด้วยปานกลางเท่ากับ 2 และ เห็นด้วยน้อยเท่ากับ 3 การประเมินพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ระดับตามอันตรภาคชั้น (Interval scale) คะแนน 28-36 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี คะแนน 20-27 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองปานกลาง คะแนน 12-19 หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1 โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และได้ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา หาค่าความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ซึ่งได้ค่า 0.67-1.00 นำไปทดลองใช้เก็บข้อมูลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและไม่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับที่สุ่มจากโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแสงใหญ่ อำเภอโขงเจียม ในปีงบประมาณ 2565 จำนวน 30 รายความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรการหาความคงที่ภายใน KR-20 (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 และหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อทำการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม
2. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเข้าร่วมการวิจัย เชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม เก็บข้อมูลกับผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ
3. ดำเนินกิจกรรมการให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ดังนี้

สัปดาห์ 1-4: 1) ประเมินผล Pre-test

2) จัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (โส คือ การจัดให้กลุ่มเป้าหมายมีการพูดคุยระหว่างกลุ่มสอบถามความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อบุคคลและมีการให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยใช้สื่อการสอน แผ่นพับ โปสเตอร์ วิดีทัศน์ โดยใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)



สัปดาห์ 5-8: จัดกิจกรรมสร้างทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ(ซอม คือ การสังเกตทัศนคติ แนวคิด หลังจากมีกิจกรรมการให้ความรู้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการสอบถาม ข้อคำถาม แนวทางปฏิบัติ ใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

สัปดาห์ 9-12: 1) จัดกิจกรรมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (ส่อ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ ทัศนคติ ของกลุ่มทดลอง มีการลงเยี่ยมบ้าน สอบถามข้อมูล การรับประทานอาหารและพฤติกรรมเสี่ยง โดยมีข้อคำถามเพื่อทบทวน ความรู้ ทัศนคติ ใช้เวลา 3 ชั่วโมงต่อสัปดาห์)

2) ประเมินผล Post-test (สัปดาห์ที่ 12)

3) ตรวจจูงจรรยา และสรุปกิจกรรม (สัปดาห์ที่ 12)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐานในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยได้กำหนดแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ และร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง และหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test ทดสอบความแตกต่างคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อควบคุมอิทธิพลด้วยสถิติ ANCOVA

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (ICH GCP) เลขที่ UBU-REC-08/2568 รับรองวันที่ 20 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์ สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ สามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วม



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองเป็นเพศชายร้อยละ 56.2 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 49.62 ปี (S.D.=9.81) สถานภาพของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 79.1 ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลอง จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.2 อาชีพปัจจุบันของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 3,000-5,000 บาท ร้อยละ 83.3 กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 5,520.83 บาท (S.D.=2920.86) กลุ่มทดลองอาศัยในชุมชนมากกว่า 3 ปีขึ้นไปทั้งหมด ร้อยละ 100 กลุ่มทดลองมีแหล่งน้ำสำหรับจับปลาร้อยละ 75.0 การรับประทานปลาในชุมชนของกลุ่มทดลองมีร้อยละ 79.2 บุคคลในครอบครัวกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับร้อยละ 2.1 ญาติสายตรงกลุ่มทดลองมีผู้ป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 2.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=48)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=48)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	27	56.2	24	50.0
หญิง	21	43.8	24	50.0
2. อายุ (ปี)				
20-30 ปี	2	4.2	4	8.3
31-40 ปี	2	6.3	6	12.5
41-49 ปี	13	27.1	13	27.1
51-60 ปี	30	62.4	25	52.1
3. สถานภาพการสมรส				
โสด	7	14.6	17	35.4
สมรส/อยู่ด้วยกัน	38	79.1	27	56.3
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	3	6.3	4	8.3
4. ระดับการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้ศึกษา	2	4.2	17	35.4
ประถมศึกษา	24	56.2	13	27.1
มัธยมศึกษา/ปวช	16	33.3	18	37.5
ปริญญาตรีขึ้นไป	3	6.3	0	0



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=48)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=48)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
5. อาชีพปัจจุบัน				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	18.8	15	31.3
เกษตรกร	21	43.8	23	47.9
รับจ้างทั่วไป/ค้าขาย/อื่นๆ	12	25.0	10	20.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	12.4	0	0
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท/เดือน)				
3,000-5,000 บาท	40	83.3	33	68.8
5,001-10,000 บาท	2	4.2	12	25.0
10,001 บาท ขึ้นไป	6	12.5	3	6.2
7. การพักอาศัยอยู่ในชุมชน				
≤ 3 ปี	0	0.00	3	6.3
3 ปีขึ้นไป	48	100	45	93.7
8. มีแหล่งน้ำสำหรับจับปลา				
ไม่มี	12	25.0	19	39.6
มี	36	75.0	29	60.4
9. การรับประทานปลาในชุมชน				
ไม่เคยรับประทาน	10	20.8	17	35.4
รับประทาน	38	79.2	31	64.6
10. ครอบครัวมีผู้ป่วย				
ไม่มี	47	97.9	45	93.8
มี	1	2.1	3	6.2
11. ญาติสายตรงป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดี				
ไม่มี	47	97.9	46	95.8
มี	1	2.1	2	4.2

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองด้วยสถิติ ANCOVA

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของความรู้



เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนทดลอง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=143.548$, $p\text{-value}<.001$) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 8.35 คะแนน ($S.D.=1.644$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 5.42 คะแนน ($S.D.=1.71$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Main effect (ระหว่างกลุ่ม)	407.408	1	407.408	143.548	<.001*
Covariate effect (ก่อนการทดลอง)	203.988	1	203.988	71.874	<.001*
Residual (ความคลาดเคลื่อน)	263.946	93	2.838		
Total	471.740	95			

R Squared=0.440 (Adjusted R Squared=0.428)

* $p\text{-value}<.001$

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนทดลอง ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=673.462$, $p\text{-value}<.001$) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 36.67 คะแนน ($S.D.=2.846$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ 37.38 คะแนน ($S.D.=2.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Main effect (ระหว่างกลุ่ม)	4185.494	1	4185.494	673.462	<.001*
Covariate effect (ก่อนการทดลอง)	9.150	1	9.150	1.472	<0.228
Residual (ความคลาดเคลื่อน)	577.983	93	6.215		
Total	591.958	95			

R Squared=0.024 (Adjusted R Squared=0.003)

* $p\text{-value}<.001$



3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) พบว่าเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันพยาธิใบไม้ตับ ระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง โดยควบคุมอิทธิพลของพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับก่อนทดลอง พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=161.999$, $p\text{-value}<.001$) โดยหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 29.02 คะแนน (S.D.=3.01) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ 22.81 คะแนน (S.D.=1.75 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Main effect (ระหว่างกลุ่ม)	982.698	1	982.698	161.999	<0.001*
Covariate effect (ก่อนการทดลอง)	822.610	1	822.610	135.608	<0.001*
Residual (ความคลาดเคลื่อน)	564.144	93	6.066		
Total	1497.33	95			

R Squared=0.623 (Adjusted R Squared=0.615)

*p-value <.001

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลองใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลห้วยไผ่ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานีกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value}<.001$ เมื่อเทียบกับก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ที่ออกแบบขึ้น มีศักยภาพในการเพิ่มความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสำเร็จของการเพิ่มระดับความรู้สามารถอธิบายได้จากกิจกรรมสำคัญในโปรแกรม ได้แก่ กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (โส) อธิบายถึงวงจรชีวิต อันตราย และวิธีการป้องกัน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อการสอนและการอภิปรายร่วมกันกับวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ เพื่อสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีการรับชมวีดิทัศน์การใช้ สื่อรูปภาพ มีการจัดกิจกรรมสนทนาระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับผู้ที่มีความรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ มุมนิทรรศการ จึงส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสามารถเข้าใจและจดจำข้อมูลได้ดีกว่าการเรียนรู้ด้วยตนเองเพียงลำพัง จากผลการทดลองนี้สอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model (HBM) ที่ระบุว่า การรับรู้ความรุนแรงและผลกระทบของโรค เป็นตัวกระตุ้นสำคัญให้เกิดการตระหนักและเปลี่ยนพฤติกรรม (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติศักดิ์ ประครองใจ, สมัทนา กลางคาร และสมศักดิ์ ศรีภักดี (2564) ศึกษาประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรค



พยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าภายหลังการศึกษา กลุ่มเป้าหมายมีระดับความรู้ ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ เน้นการสร้างความตระหนักต่อพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบ ให้ความรู้การเลือกรับประทานอาหาร การบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ตลอดจนมีการทบทวนความรู้ หลังการให้ความรู้ ผ่านสื่อ วิดีทัศน์ แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น เพื่อให้กลุ่มทดลอง มีการทบทวนได้อย่างสม่ำเสมอ (ทวีเลิศ ชายงาม, ลิขิต เรืองจรัส และศุมาลิน ดีจันทร์, 2563)

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ส่งผลให้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อโรคพยาธิใบไม้ตับและการป้องกันโรคหลังจากได้รับโปรแกรม ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีบางด้านแย่งลงความเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลโดยตรงจากกิจกรรมในโปรแกรม สร้างทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (ซอม) โดยเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มเสี่ยง (Focus Group) ซึ่งเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้สะท้อนประสบการณ์ตรงของตนเอง เกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบในปัจจุบัน รวมถึง กิจกรรมลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมครัวเรือน ติดตามกระตุ้นเตือนและให้สุขศึกษาโดยแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวหรืออาสาสมัครครอบครัว ทำให้กลุ่มทดลองได้เกิดความตระหนัก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ สมาน อารีย์ (2566) ศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการป้องกันของโรคพยาธิใบไม้ตับ ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < .001$) จากกิจกรรมการเล่าประสบการณ์เรื่องการป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและแนวทางการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค กิจกรรมรู้ตัว ตื่นตัว และใส่ใจตนเองในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติกิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงบันดาลใจทางสังคมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และกิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลังในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในการเปลี่ยนทัศนคติ แรงจูงใจต้องใช้เครื่องมือและกระบวนการที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องและอาศัยความร่วมมือของเครือข่ายชุมชน (นาลยา ขุนแก้ว และอารี บุตรสอน, 2565) ทั้งนี้ แนวทางการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม เน้นการให้เกิดเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วม เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จึงทำให้ผลลัพธ์ออกมาเป็นที่น่าพอใจ อีกปัจจัยเสริม ที่มีส่วนช่วยผลักดันให้ทัศนคติเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว จากผู้วิจัย อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้กลุ่มทดลองไม่รู้สึกลำบากเดียวในการเปลี่ยนพฤติกรรม นำไปสู่ทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ



พฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ทั้งนี้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ลดการบริโภคปลาดิบหรือปลาสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมตามโปรแกรมที่สำคัญ มีส่วนช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง กิจกรรมสร้างพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (ส่อ) ได้แก่ กิจกรรมสาธิตและประกวดเมนูอาหารปลอดพยาธิใบไม้ตับ โดยมีการนำเมนูอาหารพื้นถิ่นมาสาธิต เช่น การทำปลาร้าสุก ลาบปลาสุก ทำให้กลุ่มทดลองเห็นทางเลือกที่ปลอดภัย แต่ยังคงไว้ซึ่งรสชาติใกล้เคียงอาหารเดิม จึงลดแรงต้าน เสริมความมั่นใจ และเพิ่มโอกาสในการนำไปปฏิบัติจริงในครัวเรือน สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราพรรณ ชัยยนต์ และชัยธัช จันทรสมุทร (2564) ที่ศึกษาการส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การศึกษาพัฒนา กิจกรรมส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการบริโภคเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขง ตำบลพรสำราญ อำเภอสามชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับ มีความรู้และเข้าใจปัจจัยการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ และรับรู้ถึงวิธีการป้องกันเพื่อลดการเกิดโรคเป็นอย่างดี ตระหนักถึงความรุนแรง และยังสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้เพื่อสุขภาพที่ดีของตนเอง คนที่รักและครอบครัวของผู้ป่วย กิจกรรมที่ให้มีการติดตามผลให้กำลังใจ และให้สุขศึกษา จัดกิจกรรมตรวจหาพยาธิใบไม้ตับในชุมชน ซึ่งเป็นการกระตุ้นเตือน การแนะนำในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่ดี (นิภาพร ปัญญาทิพย์, อักษรา ทองประชุม และกรณิการ์ ณ ลำปาง, 2564) จากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนตำบลห้วยไผ่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ของโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า เมื่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ มีความรู้ และ ทักษะที่ดีเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำโปรแกรมนี้ไปต่อยอดการส่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับที่เป็นสาเหตุของโรคมะเร็งท่อน้ำดี
2. ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำโปรแกรมไปต่อยอดสู่เวทีชุมชน เพื่อสร้างความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยพัฒนาให้อสม. เป็นวิทยากรหรือพี่เลี้ยงในชุมชน เพื่อจัดเวทีประชุม หรือวงคุยในชุมชน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
3. พัฒนาสื่อการสอนให้ทันสมัยและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ แนะนำให้พัฒนาสื่อสุขภาพที่น่าสนใจ ใช้สื่อออนไลน์ วิดีโอ ภาพอินโฟกราฟิก หรือแอนิเมชัน รวมถึงปรับสื่อให้เข้ากับภาษา วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เข้าถึงประชาชนได้ง่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร ลดความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมเสี่ยง



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลในระยะยาวหลังจบโปรแกรม เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมแม้ว่าผลลัพธ์ในระยะการทดลองจะพบว่าพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี แต่ควรมีการติดตามผลต่อเนื่อง เพื่อประเมินว่าพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงสามารถดำรงอยู่ได้ต่อเนื่องหรือไม่
2. ควรเพิ่มการศึกษาจากหลายพื้นที่เพื่อเปรียบเทียบบริบทและวัฒนธรรมที่แตกต่าง หรือระดับความเสี่ยงหรือพฤติกรรมต่างกัน จะทำให้ได้ข้อสรุป ผลการศึกษาที่รอบด้านและนำไปสู่การออกแบบโปรแกรมที่สามารถใช้ได้กับหลากหลายบริบทหรือหลากหลายพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปี 2564 กองโรคติดต่อทั่วไป (Annual Report 2021). กรุงเทพฯ, กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติศักดิ์ ประครองใจ, สุ่มทนา กลางคาร และสมศักดิ์ ศรีภักดี. (2564). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับแบบมีส่วนร่วม ตำบลพรสำราญ อำเภอกุเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 87-100.
- ทวีเลิศ ขายงาม, ลิขิต เรืองจรัส และศุมาลิน ดีจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาจากการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ตำบลเมืองใหม่ อำเภอสรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 1-15.
- นาลยา ขุนแก้ว และอารี บุตรสอน. (2565). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 758-771.
- นิภาพร ปัญญาทิพย์, อักษรา ทองประชุม และกรรณิการ์ ณ ลำปาง. (2564). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ในตับ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพยาบาลและการวิจัยสาธารณสุข*, 1(2), 14-28.
- ลักขณา มาคะพูน, จุฑามาศ นพรัตน์ และมนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. *วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมการสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย*, 1(1), 60-73.
- สมาน อารีย์. (2566). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงตำบลสูงอำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 17-26.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโขงเจียม (2565). รายงานผลการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2565.



เอกสารอ้างอิง

อัจฉราพรรณ ชัยยนต์ และชัยธัช จันทร์สมุด. (2564). การส่งเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันโรคของผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแซง ตำบลสำราญ อำเภอสамชัย จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(1), 25-32.

Bloom, B.S. (1975). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.

International Agency for Research on Cancer. Infection with liver flukes. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. 61, 121-162.

Rosenstock IM. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 2(4), 328-335.



ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ในกลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานและความดันโลหิตสูง

รสสุคนธ์ ภักดีไพบูลย์สกุล*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังยาง อำเภอรอนดง จังหวัดสงขลา

(วันที่รับบทความ: 2 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 5 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 23 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้น และนำไปสู่การเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของเครือข่ายสถานพยาบาลปฐมภูมิระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลา จำนวน 64 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายด้วยการจับสลากไม่คืนที่ กลุ่มละ 32 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 1 มกราคม 2566-30 มีนาคม 2567 โดยกลุ่มควบคุมได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบปกติ และกลุ่มทดลองได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 3 เดือน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 30 2ส ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ได้ 0.83 ส่วนของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพได้ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อน-หลังการทดลองด้วยสถิติทีคู่ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มหลังการทดลองด้วยสถิติทีอิสระ ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{X}=176.63$, $S.D.=6.54$) และพฤติกรรมสุขภาพ 30 2ส ($\bar{X}=68.75$, $S.D.=2.00$) ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p<.001$ แสดงว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ หรือกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหรือบริบทอื่น เพื่อเพิ่มศักยภาพให้บุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพ และจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน, กลุ่มเสี่ยงสูงความดันโลหิตสูง

*ผู้รับผิดชอบบทความ: รสสุคนธ์ ภักดีไพบูลย์สกุล; noingtha@gmail.com



Effectiveness of a Health Literacy Program on the Health Behavior in High-risk Diabetes and Hypertension Groups

Rossukon Pakdeepiboolsakul*

Pang Yang Sub-District Health Promoting Hospital, Ranot District, Songkhla Province

(Received: 2 April 2025; Revised: 5 June 2025; Accepted: 23 June 2025)

Abstract

Diabetes and hypertension are chronic non-communicable diseases with increasing morbidity which lead to death from severe complications. The aim of this quasi-experimental, r2-group, pre-posttest design research was to study the effectiveness of a health literacy promotion program in high-risk diabetes and hypertension patients in the primary health care network at the sub-district health promotion hospital level in a district of Songkhla Province. The sample population was 64 people recruited using simple random sampling with no return, with 32 participants in the experimental and control groups, respectively. The research was conducted from January 1, 2023 to March 30, 2024. The control group received normal behavior modification in the standard treatment protocols, while the experimental group received the health literacy program, for a period of 3 months. The instruments used were a health literacy questionnaire which included six dimensions and the health behavior on 3E 2S. The consistency between the questions and the objectives was 1 and the Cronbach's alpha coefficient were 0.83 for the health literacy questionnaire and 0.80 for the health behavior questionnaire. The personal data of the sample group were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations. The mean values were compared within the groups before and after the experiment using paired t-tests and between the groups after the experiment using independent t-tests. The results of the research found that, after the experiment, the experimental group had a mean scores for knowledge ($\bar{X}=176.63$, S.D.=6.54) and health behavior ($\bar{X}=68.75$, S.D.=2.00) that were significantly better than before the experiment and better than the control group at a statistically significant level of $p<.001$. This indicates that the program can promote knowledge and healthy behavior among people who are at high risk for diabetes and hypertension. The health literacy program should be implemented in other non-communicable disease risk groups, diabetes and hypertension patients, as well as in other contexts to increase the potential for individuals to have good health literacy and change their health behaviors to prevent and control disease.

Keywords: health literacy program, high-risk diabetes, high-risk hypertension

***Corresponding author:** Rossukon Pakdeepiboolsakul; noingtha@gmail.com



บทนำ

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านการเมืองสังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทยส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะวิถีชีวิตพฤติกรรม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีความเร่งรีบมากขึ้น การเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวน้อยลง พฤติกรรมการบริโภคอาหารและวิถีการใช้ชีวิตเปลี่ยนไป ได้แก่ การบริโภคอาหารสำเร็จรูปรับประทานอาหารรสหวานมันเค็ม ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง กิจกรรมทางกายน้อยลง รวมถึงการเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ง่ายและมีค่านิยมในการรับประทานอาหารเสริมหรือยาบำรุงต่างๆ มากขึ้น โดยไม่ได้พิจารณาว่าข้อมูลที่ได้รับมาถูกต้องหรือไม่ ซึ่งล้วนทำให้เป็นปัจจัยเสริมให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก ประเทศไทย มีแนวโน้มสูงขึ้น (เกสรวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์, 2564) องค์การอนามัยโลกเผยสถานการณ์พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 จำนวน 537 ล้านคน และคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคนหรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เช่นเดียวกับข้อมูลสถิติจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดในสมองและโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 55.5 และ ร้อยละ 33.59 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 (วิชัย เอกพลากร, 2564) พบอัตราความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี 2563 พบความชุกในผู้หญิง (ร้อยละ 10.3) สูงกว่าในผู้ชาย (ร้อยละ 8.6) ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเช่นกันจากร้อยละ 24.7 ในปี 2557 (ชายร้อยละ 25.6 และหญิงร้อยละ 23.9) เป็นร้อยละ 25.4 ในปี 2563 (ชายร้อยละ 26.7 และหญิงร้อยละ 24.2) ความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 3.3 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี เพิ่มขึ้นตามลำดับจนสูงสุดในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นร้อยละ 76.80 ความชุกในผู้หญิงสูงขึ้นมากกว่าผู้ชายในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับข้อมูลอัตราผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากรของจังหวัดสงขลาที่มีอัตราเพิ่มขึ้นเช่นกัน พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มจากร้อยละ 362.97 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 383.07 ในปี 2566 พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มจากร้อยละ 804.56 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 873.76 ในปี 2566 และพบอัตรากลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 2,907 คน ในปี 2565 เป็น 3,967 คน ในปี 2566 กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 17,348 คน ในปี 2565 เป็น 21,681 คน ในปี 2566 เช่นเดียวกับ ข้อมูลสุขภาพปี 2560-2566 จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) จังหวัดสงขลา เขตสุขภาพที่ 12 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2566) พบอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้นทุกปี

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หากสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยก็จะสามารถลดการสูญเสียที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ โรคไตวาย โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (เปรมณัฐชยา บุญยอ, นิรมล สุขาวรรณ และประภาทิพย์ แสนทวีสุข, 2566) ซึ่งจากการ



ทบทวนวรรณกรรมพบว่า หากเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ด้วยวิธีการที่หลากหลาย อาทิ การให้ สุขศึกษาแบบกลุ่ม การติดตามทางโทรศัพท์ และการใช้สื่อรูปแบบต่างๆในการเพิ่มความรู้โดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น แพทย์พยาบาล นักโภชนาการ หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ จะสามารถก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและ ลดอัตราการเกิดโรคได้ แต่ในการดำเนินการต้องให้เหมาะสมกับบริบท (เปรมณัฐยา บุญยอ, นิรมล สุธาวรรณ และประภาทิพย์ แสนทวีสุข, 2566; สุภาวดี กลัดทอง และณรินี แยมสกุล, 2564) กลุ่มประชาชนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย จึงจะสามารถก่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการและเกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ

ที่ผ่านมาทุกสถานบริการในอำเภอรอนดได้ดำเนินการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงในรูปแบบต่างๆ มาตั้งแต่ปี 2560 พบว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการในระยะสั้นค่อนข้างดี ระดับความรู้เพิ่มขึ้น ฟังพอใจต่อ กิจกรรม แต่ยังพบว่ามีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอีกจำนวนหนึ่ง มีสาเหตุจากไม่เห็นความสำคัญ การเข้าถึงสื่อ ออนไลน์ง่ายและรวดเร็ว ทำให้ประชาชนบางคนเสพสื่อออนไลน์ หลงเชื่อข้อมูลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ไม่ได้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ข้อมูล นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ทำให้ผลสำรวจวัดระดับความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ยังอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความรู้ด้าน สุขภาพของประชาชนไทยในด้าน 3อ 2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) อยู่ในระดับไม่ดีพอ คือ เป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ร้อยละ 59.4 มีระดับดีมากเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และจากการสุ่มเก็บประเมินความ รอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง 20 คนในอำเภอรอนด พบว่า ความรอบรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองยังอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูงได้ รวมทั้ง รูปแบบที่ใช้ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านมาเน้นการสอนและสร้างแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ไม่ได้สร้างความรอบรู้ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นแก่กลุ่มเสี่ยง ทำให้กลุ่มเสี่ยงยังมีความรู้ ความสามารถในการป้องกันโรคไม่เพียงพอ จึงเป็นที่มาให้ผู้วิจัยสนใจหาวิธีการใหม่ๆมาปรับใช้เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น จะเห็นได้ว่าใน 5 ปี ย้อนหลังมานี้ มีการนำแนวคิดการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มาใช้อย่างแพร่หลาย ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) เชื่อว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ขึ้นมาก่อนให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของ แต่ละบุคคลให้ เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยพบว่าโปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานความดัน โลหิตสูงรายใหม่ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2563) มีขั้นตอนในการส่งเสริมความ รอบรู้ชัดเจน มีกิจกรรมที่น่าสนใจและสามารถนำมาปรับใช้ในพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่ผู้วิจัย จะดำเนินการศึกษาทดลองได้ รวมทั้งโปรแกรมดังกล่าวเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ทั้ง 5 ด้านตามแนวคิดการสร้างความรู้ของนักป๋ม ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้นำโปรแกรมดังกล่าวมาปรับใช้ในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อพิสูจน์ผลของโปรแกรม



ต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง อันจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและชะลอการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์รอง

1. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม
3. ประเมินผลสุขภาพ (ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว) ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยมุ่งเน้นกำหนดกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อพัฒนาความสามารถและทักษะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 ด้าน 3 ระดับ (ระดับพื้นฐาน ระดับการปฏิสัมพันธ์ ระดับวิจารณ์ญาณ) ตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ Nutbeam (2008) ร่วมกับ ดัดแปลงกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ตามโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงรายใหม่ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2563) มาใช้กำหนดกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน แก่กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้



**กิจกรรม โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ
กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

ครั้งที่ 1 (Pretest และกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบรายกลุ่ม)

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

-ให้ข้อมูลสถานการณ์โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง

-แนะนำแหล่งข้อมูลความรู้และบริการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

-การเปรียบเทียบตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้องตรงกัน

2. สร้างความรู้ ความเข้าใจทางไกลโรค

-ให้ความรู้เข้าใจเรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

-ประเมินและให้ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของแต่ละบุคคล

-แนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส

3. สื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อให้ได้ข้อมูลความรู้ที่ต้องการ

-กำหนดเป้าหมายพัฒนาสุขภาพตนเองผ่านกิจกรรมต้นไม้อาสาสมัคร

-กำหนดแนวทางการปฏิบัติตน 3อ 2สที่เหมาะสมกับตนเอง

4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค)

ครั้งที่ 2 (เป็นการติดตามรายบุคคล ห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 เดือน)

5. ทักษะการจัดการตนเอง

-วิธีการกำกับตนเองในการปฏิบัติตนตามแนวทางที่วางไว้

6. ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น

-เป็นต้นแบบ/แบบอย่างที่ดีและการสร้างแรงจูงใจ

ครั้งที่ 3 (Posttest และกิจกรรมรายกลุ่มหลังจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 3 เดือน)

-ติดตามผลการดูแลตนเอง

-แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการเสนอการดูแลตนเองจากบุคคลต้นแบบ

วัดผลก่อน-หลังได้รับโปรแกรม

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
3. ผลสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอว

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (Two Group Pre-Post Test Design)

ประชากร คือ ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปีงบประมาณ 2566 ของตำบลพังยาง และตำบลปากแตร อำเภอรอนดง ที่ได้รับการตรวจคัดกรองแล้วมีค่าความดันโลหิตหรือน้ำตาลในเลือดจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานหรือโรคความดัน



โลหิตสูงตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอกำหนดในแนวทางปฏิบัติ (CPG) กำหนด จำนวน 84 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-160 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 80-100 mmHg และ/หรือ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะดื่มน้ำอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง อยู่ในช่วง 126-140 มิลลิกรัมเดซิลิตร และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวานในปีงบประมาณ 2566 ร่วมกับมีลักษณะดังนี้

1. ไม่มีอาการแสดงที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้เช่น ปัญหาการได้ยิน ปัญหาทางสายตา
2. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง
3. สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ปกติ
4. มีและสามารถใช้โทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟนได้ (เพื่อใช้ในการเข้าถึงข้อมูลและกิจกรรมกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองผ่านไลน์)

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้หรือไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมครบตามกำหนดหรือติดต่อกันไม่ได้ 2 ครั้ง หรือกลุ่มตัวอย่างขอลถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกช่วงเวลาของการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดหรือเส้นเลือดในสมองขาดเลือด เป็นต้น
2. ผู้ที่มีปัญหาด้านความจำและการเรียนรู้
3. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด
4. ผู้ที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือได้ เช่น เกิดภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงในปี 2566 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพังงาและตำบลปากแตระ ที่มีคุณสมบัติตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่กำหนดไว้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ คำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงงานวิจัยที่ใกล้เคียง (สุภาวดี กัดทอง และณรินทร์ แยมสกุล, 2564) ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ 0.86 แล้วนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่างของ Cohen (1977) ที่ $\alpha=0.5$, Power=0.80 ได้ตัวอย่างจำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการหยิบลูกบอลเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมสลับกัน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ร่วมกับโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงรายใหม่ ประกอบด้วย การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบในการสร้างความรอบรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองตามหลัก 3อ 2ส จำนวน 3-5 ครั้ง คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การสร้างความรู้ความเข้าใจทางไกลโรค 3) การสื่อสารโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลความรู้ที่ต้องการ 4) ความสามารถในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่



ถูกต้อง 5) การจัดการกำหนดเป้าหมาย วางแผน กำกับตนเองในการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี และ 6) การแสดงแบบอย่างที่ดีเพื่อบอกต่อหรือเสนอทางเลือกเพื่อจูงใจให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว และความเสี่ยงด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ที่ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ประกอบด้วย ด้านความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรค ด้านการเข้าถึงข้อมูล ด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ด้านการบอกต่อเรื่องราวสุขภาพ ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง จำนวน 45 ข้อ เป็นตัวเลือกตอบ 5 ตัวเลือก มีค่าคะแนนข้อละ 1-5 คะแนน คะแนนเต็ม 205 คะแนน แล้วผู้วิจัยนำคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมาจัดแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพ เป็นระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ดังนี้ ความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ไม่เพียงพอในการป้องกันโรค หมายถึง คะแนนความรู้โดยรวม < 123 คะแนน (<60%) ความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนความรู้โดยรวม 123-163 คะแนน และความรู้ด้านสุขภาพระดับสูง เพียงพอในการป้องกันโรค หมายถึง คะแนนความรู้โดยรวม ≥ 164 คะแนน ($\geq 80\%$)

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ 2ส ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ประกอบด้วยข้อคำถามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม 3อ 2ส จำนวน 16 ข้อ มีคำถามเชิงบวกจำนวน 11 ข้อ มีข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ มีค่าคะแนนข้อละ 1-5 คะแนน คะแนนเต็ม 80 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การตัดสินผลคิดเป็นคะแนนรวมและแบ่งระดับพฤติกรรม 3อ 2ส เป็นระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับต่ำ ไม่เพียงพอในการป้องกันโรค หมายถึง คะแนนพฤติกรรมโดยรวม < 48 คะแนน (<60%) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนพฤติกรรมโดยรวม 48-63 คะแนน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับสูง เพียงพอในการป้องกันโรค หมายถึง คะแนนพฤติกรรมโดยรวม > 64 คะแนน ($> 80\%$)

4) แบบบันทึกผลระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting blood sugar: FBS) ความดันโลหิตตัวบน (Systolic blood pressure: SBP) ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic blood pressure: DBP) และและเส้นรอบเอว ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องเจาะระดับน้ำตาลด้วยเครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแบบไร้สาย รุ่น Accu-check instant วัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ยี่ห้อ Oron HEM-7320 และใช้สายวัดพลาสติกแบบเปลี่ยนขนาดความยาว 150 เซนติเมตร ในการวัดขนาดเส้นรอบเอว โดยวัดผ่านระดับสะดือ จำนวน 3 ครั้งแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยที่ได้ ค่าปกติในเพศหญิงเส้นรอบเอวไม่เกิน 80 เซนติเมตร เพศชายเส้นรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 3 ชนิด มาตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือก่อนทำการวัดทั้งก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest) โดยใช้เกณฑ์แปลผลจากกองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกำหนดในแนวทางเวชปฏิบัติคู่มือ



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 30 2ส ที่ดัดแปลงจากกองสุขภาพ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และเป็นพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านให้แบบสอบถามมีความสอดคล้องกับการนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการทดลองครั้งนี้ โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (index of item objective congruence : IOC) ระหว่าง .67-1.00 และผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงด้วยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบองจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.83 ส่วนแบบสอบถามความพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 30 2ส ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และขออนุญาตจากผู้อำนวยการตำบลพังงาและตำบลปากแตระ ในการเก็บข้อมูลและดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง
2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย
3. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (Pretest)

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลพยาบาลตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 1 มกราคม 2566-30 มีนาคม 2567 ดังนี้



ครั้งที่ 1 (การให้สุขศึกษารายกลุ่ม) ใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง

1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

- ประเมินความรอบรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และสถานะสุขภาพก่อนการทดลอง
- ให้ข้อมูลสถานการณ์การเกิดโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง ทั่วโลก ประเทศไทย และอำเภอระโนด
- แนะนำการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้และบริการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
- การเปรียบเทียบตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งต่างๆว่าตรงกันถูกต้องน่าเชื่อถือแค่ไหน

2. สร้างความรู้ ความเข้าใจห้วงไกลโรค

-ให้ข้อมูลความรู้ เข้าใจเรื่องโรค โดยมีเนื้อหาตั้งแต่ความหมาย สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบและอันตรายจากการเกิดโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคด้วยหลัก 3 อ 2ส โดยนำเทคนิค ask me 3 and teach back มาใช้ในการตรวจสอบความรู้ความเข้าใจของกลุ่มเสี่ยง

-ให้ความรู้และฝึกแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ในการเลือกบริโภคอาหาร สัญลักษณ์หรือฉลากทางโภชนาการ การคำนวณพลังงาน และการออกกำลังกายให้สอดคล้องกับการกินในแต่ละวัน

3. สื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้เพื่อให้ได้ข้อมูลความรู้ที่ต้องการ

-กำหนดเป้าหมายพัฒนาสุขภาพตนเองผ่านกิจกรรม “ต้นไม้ของฉัน” และเทคนิค ask me 3 and teach back (สุเมธ นาจรัส, ญาณิ โชคสมงาม, ธิติพันธุ์ อวนมินทร์ และคณะ, 2566)

-กำหนดแนวทางการปฏิบัติตน 3อ 2ส ที่เหมาะสมกับตนเองในระยะเวลา 1-3 เดือน

4. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง)

ครั้งที่ 2 (รายบุคคล) ใช้เวลาประมาณ 30นาที/คน

5.ทักษะการจัดการตนเอง

- ประเมินและฝึกวิธีการกำกับตนเองในการปฏิบัติตนตามแนวทางที่วางไว้
- ให้ความรู้ความเข้าใจเพิ่มเติมในสิ่งที่กลุ่มเสี่ยงยังสงสัยหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเองและเปิดช่องทางการหาหรือทบทวนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชันไลน์

6.ทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น

- เสนอต้นแบบ/แบบอย่างที่ดีและการสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง จำนวน 4 คน
- สร้างเสริมแรงจูงใจด้วยการแจ้งเตือนด้วยข้อมูลสุขภาพทางไลน์ หรือ อสม. ประจำตัว

ครั้งที่ 3 (รายกลุ่ม) ใช้เวลา 3-4 ชั่วโมง

- สร้างบรรยากาศและแรงกระตุ้นในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองแก่ทุกคน
- ให้บุคคลต้นแบบนำเสนอการดูแลตนเอง และ สร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองต่อเนื่อง



กลุ่มควบคุม ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบเดิม ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 วันแบบรายกลุ่ม 1 ครั้ง ให้คำแนะนำแบบสั้นรายบุคคลและนัดติดตามประเมินรายบุคคลเมื่อครบ 3 เดือน

ชั้นหลังการทดลอง

ติดตามประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมต่อกิจกรรมตามโปรแกรม (Posttest) หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ Chi-square test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 30 2ส และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติ Paired Sample T-Test ในการเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน-หลังการทดลอง และใช้สถิติ Independent T-Test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ก่อนใช้สถิติพารามेटริกดังกล่าวในการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยได้นำตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ค่าความดันโลหิต และเส้นรอบเอวมารวบรวมวิเคราะห์ด้วยสถิติ Shapiro-wilk test พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าข้อมูลแจกแจงเป็นโค้งปกติทุกตัว

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ตามเอกสารรับรองเลขที่ 6/2567 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566-16 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างเพียงพอและครบถ้วนในเรื่องวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการวิจัย และระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆก่อนให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมวิจัย และมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยในครั้งนี้ได้ตลอดเวลาตามความต้องการโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษา รวมทั้งการวิเคราะห์นำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวมไม่ระบุตัวคน นำไปใช้ประโยชน์ในทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.31 มีอายุ 37-69 ปี ($\bar{X} = 55.7$, S.D.=13.51) ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.44 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.50 และมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ในระดับปกติ ร้อยละ 62.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=64)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ภาพรวม (n=32) n (%)	กลุ่มควบคุม (n=32) n (%)	กลุ่มทดลอง (n=32) n (%)	χ^2
เพศ				0.788
ชาย	19 (29.69)	10 (31.25)	9 (28.13)	
หญิง	45 (70.31)	22 (68.75)	23 (71.87)	
อายุ (ปี) ($\bar{X}=55.7$, S.D.=13.51, Min=37, Max=69)				1.000
37-55	31 (48.44)	16 (50.00)	15 (46.87)	
56-60	13 (20.31)	7 (21.87)	6 (18.75)	
>60	20 (31.25)	9 (28.13)	11 (34.38)	
อาชีพ				1.000
เกษตรกร	5 (7.81)	3 (9.37)	2 (6.25)	
ค้าขาย	11 (17.19)	5 (15.63)	6 (18.75)	
รับราชการ	2 (3.12)	1 (3.13)	1 (3.13)	
ทำงานบ้าน	15 (23.44)	7 (21.87)	8 (25.00)	
รับจ้าง	31 (48.44)	16 (50.00)	15 (46.87)	
การศึกษา				0.922
ประถมศึกษา	40 (62.50)	20 (62.50)	20 (62.51)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	8 (12.50)	4 (12.50)	4 (12.50)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7 (10.94)	4 (12.50)	3 (9.37)	
อนุปริญญา	5 (7.81)	2 (6.25)	3 (9.37)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	4 (6.25)	2 (6.25)	2 (6.25)	
BMI ($\bar{X}=24.11$, S.D.=4.50, Min=17, Max=37)				0.773
ปกติ (< 23 กก/เมตร ²)	40 (62.50)	19 (59.37)	21 (65.62)	
เกินเกณฑ์ (≥ 23 กก/เมตร ²)	24 (37.50)	13 (40.63)	11 (34.38)	

*p-value<.05



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 302ส และผลลัพธ์สุขภาพ

พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ โดยภาพรวม ความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ทั้ง 6 ด้าน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 302ส ดีวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 302ส ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ($n=32$)

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value (1-tailed)
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. คะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	132.47	5.18	176.63	6.54	-43.50	< .001*
2. คะแนนความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน						
ความรู้ความเข้าใจ	41.72	2.74	50.22	4.84	-9.69	< .001*
การเข้าถึงข้อมูล	18.56	1.27	25.31	0.74	-38.82	< .001*
การสื่อสารด้านสุขภาพ	19.75	0.95	26.94	1.05	-35.41	< .001*
การจัดการตนเอง	34.00	1.34	43.16	1.59	-44.38	< .001*
การบอกต่อเรื่องราว	9.22	1.04	16.00	0.88	-34.10	< .001*
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	9.22	1.34	15.00	2.03	-31.47	< .001*
3. ระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	ปานกลาง		สูง			
4. คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	62.44	1.16	68.75	2.00	-19.80	< .001*
5. ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ปานกลาง		สูง			

* p -value<.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 302ส โดยภาพรวม สูงวก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3 ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ($n=64$)

ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=32)				กลุ่มควบคุม (n=32)				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ความรู้โดยรวม	132.47	5.18	176.63	6.54	135.09	4.93	145.34	5.23	-21.14	< .001*
-ระดับความรู้	ปานกลาง		สูง		ปานกลาง		ปานกลาง			
2. พฤติกรรมโดยรวม	62.44	1.16	68.75	2.00	60.28	1.44	61.69	2.05	-13.93	< .001*
-ระดับพฤติกรรม	ปานกลาง		สูง		ปานกลาง		ปานกลาง			

* p -value<.05



เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด ($p<.001$) และระดับความดันโลหิตค่าบน (SBP) ($p<.001$) และระดับความดันโลหิตค่าล่าง (DBP) ($p=.014$) ต่ำกว่าก่อนทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ($n=64$)

ผลลัพธ์ ด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง(n=32)				กลุ่มควบคุม(n=32)				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
FBS	142.91	20.94	111.53	12.32	147.09	21.26	144.06	22.77	7.11	< .001*
SBP	145.75	7.70	126.72	13.93	145.84	6.61	138.41	12.24	3.57	< .001*
DBP	80.44	13.55	71.75	7.61	78.81	8.14	76.66	7.96	2.52	0.014*
เส้นรอบเอว	81.75	8.77	78.81	7.61	81.34	9.58	80.84	8.97	0.98	0.332

* p -value<.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 ทั้งนี้อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) โดยมุ่งเน้นพัฒนาความสามารถและทักษะของกลุ่มเสี่ยงที่ประกอบไปด้วยการดูแลให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลจัดการตนเอง ตามหลัก 3อ 2ส ทั้งรายกลุ่ม-รายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง เป็นโปรแกรมที่มุ่งเน้นเพิ่มความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้ง 3 ระดับ ประกอบด้วย กิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อการดูแลตนเอง การสร้างความรู้ความเข้าใจทางไกลโรคอย่างง่ายด้วยการเติมส่วนขาดและปัญหาสุขภาพที่กลุ่มเสี่ยงยังไม่เข้าใจ การสื่อสารโต้ตอบซักถามเพื่อให้ได้ข้อมูลความรู้ที่ต้องการ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลตนเองผ่านกิจกรรม “ต้นไม้ของฉัน” การจัดการกำหนดเป้าหมาย-วางแผน-กำกับตนเองในการปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้เพื่อการมีสุขภาพที่ดีด้วยเทคนิค ask me 3 and teach back และการแสดงแบบอย่างที่ดีเพื่อบอกต่อหรือเสนอทางเลือกเพื่อจูงใจให้ผู้อื่นดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งมีรูปแบบกิจกรรมกลุ่มและการติดตามเพิ่มความสามารถรายบุคคล จำนวน 3 ครั้ง ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ ตระหนักในการดูแลสุขภาพเกิดการเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ในระดับดี จนสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของสุเมธ นาจรัส, ญาณิ โชคสมงาม, ธิติพันธุ์ อวนมินทร์และคณะ (2566) ที่นำวิธีการ ask me 3 and teach



back มาส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กลุ่มเสี่ยงเกิดตระหนัก ใส่ใจต่อความเจ็บป่วย แล้วหันมาดูแลสุขภาพ ทำให้ค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเป็นระดับดีมาก และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของนักศึกษา ดันห้วย, พิมพ์, สังข์ทอง, มาวินี, เกษม และคณะ (2566) ที่พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001) เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้วยกระบวนการจัดการความรู้ ควบคู่กับการติดตามการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ของพวงผกา สุริวรรณ (2564) ทำให้พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงมีค่าสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต) พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพลดลงอยู่ในระดับปกติ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามระบบปกติ และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) สามารถพัฒนาความสามารถของบุคคลในทางความรู้ ความคิด และทักษะการใช้ชีวิต รวมถึงการแสวงหาวิธีการต่างๆ ที่จะนำตนเองไปสู่การมีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา มีความรู้เท่า รู้ทัน ต่อสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ซึ่งจะนำมาสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการจัดการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและภัยอันตรายต่างๆ ตลอดจนจนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกด้าน ซึ่งหากประชาชนมีความบกพร่องในการรับรู้และเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร ย่อมมีข้อจำกัดในการรับรู้การคิด และเลือกหนทางที่จะปฏิบัติตนให้เหมาะสมตามสถานการณ์ในพื้นที่ต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น ความรู้ด้านสุขภาพจึงถือเป็นหนทางสำคัญและนับได้ว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานนำไปสู่การมีสุขภาพดี และมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมโดยเริ่มด้วยการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงความร่วมมือของกลุ่มเสี่ยง จึงจำเป็นต้องส่งเสริมพัฒนาทักษะความสามารถของกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้มาซึ่งผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มีประสิทธิผล คือ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมณัฐชา บุญยอ, นิรมล สุธารธรรม และประภาทิพย์ แสนทวีสุข (2566) เรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง น้ำตาลสะสม และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ที่เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมการรู้



ตนเอง สร้างสรรค์อย่างเข้าใจ กิจกรรมปรับเปลี่ยนมองป้องกันตนเอง กิจกรรมการบอกต่อ กิจกรรมติดตามดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์และการดูแลสุขภาพที่บ้าน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม และค่าความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและลดลงกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องรูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของ พวงผกา สุวีรรณ (2564) ที่พบว่าหลังการสร้างความรู้ด้านสุขภาพค่าความดันโลหิต ค่าน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองมีค่าดีขึ้น เช่นกัน

นอกจากนี้ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยกิจกรรมส่งเสริมความรู้ที่หลากหลาย ทั้งการสาธิต บรรยาย ฝึกทักษะรายกลุ่ม รายบุคคล มีการติดตามการจัดการตนเองรายบุคคล และเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ เรื่อง 3อ 2ส และเปิดโอกาสในการซักถามข้อสงสัย หรือหาข้อมูลที่สงสัยได้ตลอดเวลา รวมทั้งมีต้นแบบในการดูแลตนเอง แบบพี่เลี้ยงที่กระตุ้นเตือนการดูแลตนเองเป็นระยะ เป็นกิจกรรมที่ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีศักยภาพในการดูแลตนเอง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพของ ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์ (2563) ที่นำแนวคิดการสร้างความรู้มาใช้ส่งเสริมศักยภาพบุคคล ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ด้วยวิธีการที่หลากหลายรวมกับการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าใจ วิธีการดูแลตนเอง ผ่านมาได้ พบว่าหลังการสร้างความรู้ด้วยวิธีการใหม่และหลากหลาย จะช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดี และผลการศึกษาของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ต่อความรู้ในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของนัทธญา ตันหุ้ย, พิมพา สังข์ทอง, มาวินี เถาะมัน และคณะ (2566) พบว่าหลังการทดลอง พบค่าคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด และค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่นกัน

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพที่ใช้ในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีประสิทธิผลในการเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคตามหลัก 3อ 2ส และผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ ควรที่บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมหาดังกล่าวไปปรับใช้เพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องเหมาะสมกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มป่วยในแต่ละบริบทพื้นที่ต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการเพิ่มความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง 3อ 2ส เพิ่มขึ้นแก่กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จนสามารถลดค่าระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตลดลงจากกลุ่มเสี่ยงสูงมาเป็นกลุ่มปกติได้ ดังนั้น โปรแกรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพนี้ จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ได้ในหลายด้าน ดังต่อไปนี้

1. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมนี้อไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก หรือนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เพื่อพัฒนาความรู้ทางสุขภาพและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการควบคุมโรค และ



การป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ โดยปรับให้สอดคล้องกับประชาชนในชุมชน หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนแต่ละพื้นที่

2. ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพนี้ ไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบการบริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมความรู้ในการดูแลตนเอง และส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่มผู้ป่วยที่ยังควบคุมโรคไม่ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีต่อไป
2. เพื่อติดตามความคงอยู่ของความรู้ด้านสุขภาพและให้มั่นใจว่าโปรแกรมสร้างความรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพบุคคลในการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างต่อเนื่อง ควรใช้ระยะเวลาศึกษาที่ 6 เดือนขึ้นไป
3. ควรมีการศึกษาพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆหรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ได้แนวทางในการส่งเสริมความรู้ที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทของแต่ละกลุ่มวัย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เครือข่าย รพ.สต. และทีมงานสาธารณสุขอำเภอระโนดเป็นอย่างสูงที่ให้ การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลจนงานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวง สาธารณสุข. (2561). โปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย) ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสำหรับวัยทำงาน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท 25 มีเดียจำกัด.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวง สาธารณสุข. (2563). โปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่. กรุงเทพมหานคร: บริษัท 25 มีเดียจำกัด.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการจัดบริการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวง สาธารณสุข. (2561). โปรแกรมสุศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ.(อาหาร ออกกำลังกาย)ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสำหรับวัยทำงาน.



เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2566*. สืบค้นจาก <https://spd.moph.go.th>.
- กองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส สำหรับแกนนำสุขภาพ*. สืบค้นจาก www.hed.go.th.
- กองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *โปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 2 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย) ในการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสำหรับวัยทำงาน*.
- กองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *โปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท 25 มีเดียจำกัด.
- เกสรวรรณ ประดับพจน์ และศิริลักษณ์ แก่นอินทร์. (2564). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและเส้นรอบเอวของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*, 8(5), 148-159.
- ชนิษฐา สระทองพร้อม และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1), 38-49.
- ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(4), 618-623.
- นัทธญา ตันห้วย, พิมพา สังข์ทอง, มาวินี เกษมมัน, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนงษา สิงห์วีระธรรม. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ต่อความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 3(2), 96-110.
- เปรมณัฐชา บุญยอ, นิรมล สุทธวรรณ, และประภาทิพย์ แสนทวีสุข. (2566). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพต่อระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง น้ำตาลสะสม และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 41(4), 1-15.
- พวงผกา สุริวรรณ. (2564). รูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงด้วยกระบวนการจัดการความรู้จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 17(2), 41-50.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2566). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center (HDC): ข้อมูลรายงานมาตรฐาน : Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). เข้าถึงจาก <https://hdc.moph.go.th/ska>.
- วิชัย เอกพลกร. (2564). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.



เอกสารอ้างอิง

- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2566).
แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. เชียงใหม่:
สำนักพิมพ์ ทริค ธิงส์.
- สุภาวดี กลัดทอง และณรินทร์ แย้มสกุล. (2564). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 20
ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2.
วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช, 1(2), 14-25.
- สุเมธ นาจรัส, ญาณิ โชคสมงาม, ธิติพันธุ์ อวนมินทร์, วิทวัช จอมคำ และวิชุดา จิรพรเจริญ. (2566). ผลของโปรแกรมสร้างเสริม
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระดับตำบล
จังหวัดพะเยา. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 6(2), 144-153.
- Cohen, J. (1977). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. *New York: Academic Press.*
- Nutbeam, D. (2008). Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research.
Health Education Research, 23(5).
- Nutbeam, D. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health.
Annual Review of Public Health.



ประสบการณ์ของสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เกี่ยวกับการปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สุภาขวัญ เรืองเรืองกุลฤทธิ์¹, อวิรุทธิ์ สิงห์กุล², นิรัชรา ลิลละฮ์กุล³ และอุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์^{2*}

¹ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก

(วันที่รับบทความ: 10 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 16 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 22 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

การไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิม ยังคงเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย การศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับการปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 ราย ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจนข้อมูลเกิดความอิ่มตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาแบบแก่นสาระ ผลการศึกษา พบว่า มุมมองจากประสบการณ์ที่ส่งผลต่อการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 แก่นสาระ ประกอบด้วย 1) อายกับการที่ต้องเปิดเผยร่างกาย (เอาเราะฮ์) 2) กลัวการตรวจและผลกระทบที่เกิดจากการตรวจ ซึ่งมี 3 แก่นสาระย่อยประกอบด้วย 2.1) กลัวผลการตรวจ 2.2) กลัวเจ็บ และ 2.3) กลัวผลกระทบจากวิธีการตรวจ 3) ไม่ได้รับการอนุญาตให้ตรวจ 4) ความเจ็บป่วยถูกกำหนดโดยพระเจ้า (อัลลอฮ์) และ 5) ข้อจำกัดด้านเวลาและค่าใช้จ่าย ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขให้กับหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีการรณรงค์กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะสตรีมุสลิมให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: สตรีมุสลิม, การปฏิเสธ, การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์; Uraiwan@yala.ac.th



Experience of Muslim Women in the Three Southern Border Provinces Regarding Refusal of Cervical Cancer Screening

Suphakhaun Rueangrungrulrit¹, Awirut Singkun², Niratchara Lillahkul³ and Uraiwan Sirithammaphan^{2*}

¹Regional Health Promotion Center 12, Yala, Department of Health, Ministry of Public Health

²Sirindhorn College of Public Health, Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

³Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Pitsanulok Province

(Received: 10 April 2025; Revised: 16 May 2025; Accepted: 22 May 2025)

Abstract

The lack of cervical cancer screening (CCS) among Muslim women remains one of the major public health problems in the three southern border provinces of Thailand. This qualitative phenomenological study aimed to study the experiences of Muslim women in the three southern border provinces regarding refusal of CCS. The semi-structured in-depth interview method was employed. 12 participants were recruited based on purposive sampling and interviewed until the data was saturated. Thematic analysis was used for data analysis. The results found that the perspective from individual experience affecting the refusal of CCS was divided into five themes including, 1) Feeling embarrassed from unwanted exposure (*Awrah*), 2) Fears about CCS methods and their consequences by which are composed of three sub-themes as follows 2.1) Fears about CCS results, 2.2) Worrying about pain, and 2.3) Concerning unintended consequences of CCS 3) Unapproved 4) The will of God (Allah), and 5) Limits of time and expenses. The study findings may be applied as strategies in promoting attendance for CCS in health care services especially primary care amongst Muslim women to receive more CCS.

Keyword: Muslim women, refusal, cervical cancer screening

***Corresponding author:** Uraiwan Sirithammaphan; Uraiwan@yala.ac.th



โรคมะเร็งปากมดลูก หรือ Cervical cancer เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในกลุ่มโรคมะเร็งของสตรีทั่วโลกเป็นอันดับที่ 3 คิดเป็น 7.9 ต่อ 100,000 ประชากร จึงเป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพของผู้หญิงทั่วโลก หากไม่ได้รับการรักษาและปล่อยให้โรคลุกลาม (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2022) แม้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และมีโอกาสหายขาดได้สูงจากการตรวจคัดกรองตั้งแต่ระยะแรก ๆ และได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยแนวทางการป้องกัน คัดกรอง และรักษาอย่างครอบคลุม (World Health Organization (WHO), 2023) แต่กลับพบว่า ผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้น (Early stage) มีเพียงร้อยละ 40-50 เท่านั้น นอกนั้นเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม (Advance stage) สูงถึงร้อยละ 35-40 และระยะแพร่กระจาย (Metastatic stage) ร้อยละ 10-25 (Caruso et al., 2024)

สำหรับสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในประเทศไทย จากรายงาน ปี พ.ศ. 2565 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่มีจำนวนมากเป็นลำดับที่ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม โดยสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยช่วงปี 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 11.1, 13.8 และ 13.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 30-60 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2665) และจากสถิติขององค์กร International Agency for Research on Cancer (IARC) พบว่าในปี พ.ศ. 2565 สถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ของไทยสูงถึงปีละ 9,158 ราย และอัตราการเสียชีวิต 4,705 รายต่อปี รัฐบาลต้องใช้จ่ายงบประมาณในการรักษามากกว่าปีละ 350 ล้านบาท (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2022)

ในช่วงปี 2566-2567 สืบเนื่องจากการปฏิบัติงานเชิงรุกของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี ทำให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 12 มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 46.36 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 64.70 ด้วยเหตุนี้ ทำให้พบผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในปี 2567 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.08 เมื่อเทียบกับปี 2565 และ 2566 ซึ่งทั้ง 2 ปี พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเพียง ร้อยละ 0.05 (Health Data Center, 2567) ถึงแม้สถิติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของเขตสุขภาพที่ 12 ในปี 2567 จะสูงเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศ และบรรลุเป้าหมายที่กรมอนามัยกำหนด คือร้อยละ 60 อย่างไรก็ตาม เมื่อแยกสถิติการตรวจคัดกรองเป็นรายจังหวัด กลับพบว่า สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ประกอบด้วยจังหวัดปัตตานี จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดยะลา ซึ่งประชาชนโดยส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2567) มีจำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 12 และไม่บรรลุเป้าหมายที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยสถิติผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีเพียง ร้อยละ 43.6 35.2 และ 33.1 ตามลำดับ (Health Data Center, 2567)

สามจังหวัดชายแดนใต้มีบริบทพื้นที่และลักษณะพิเศษของวัฒนธรรมของประชากรในพื้นที่ที่แตกต่างไปจากส่วนอื่นของประเทศไทย ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 85.6 (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2567) ประชาชนในพื้นที่ใช้ภาษามลายู (ยาวิ) เป็นภาษาพูดหลักในการสื่อสารในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นภาษา



เดียวกับชาวมลายูทางตอนเหนือของประเทศมาเลเซีย จึงส่งผลให้ประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่มีวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียม และวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับศาสนาอิสลาม และมีความแตกต่างจากวัฒนธรรมหลักของคนไทยในพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ที่มีสภาพแวดล้อมและบริบทที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ทั้งในแง่ของความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ ความหลากหลายทางเชื้อชาติ ศาสนาและวัฒนธรรม (Abru & Srisuk, 2022) จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบทั้งปัจจัยที่สนับสนุนและปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีมุสลิม โดยปัจจัยที่สนับสนุนที่ทำให้สตรีมุสลิมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล คือมีความตระหนักเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความกลัวการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบบบริการมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ด้านระยะเวลาตรวจที่รวดเร็ว ผู้ตรวจเป็นเพศหญิง ให้บริการทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ มีบริการเชิงรุก และแรงสนับสนุนทางสังคม สมาชิกในครอบครัว เพื่อน สื่อมวลชน เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (คณศพร เตชะเสาวภาคย์ และ จันทรา คงลำพันธุ์, 2559; พรรณี ปีนาค, 2563; พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้ำ, รุจา แก้วเมืองฝาง และคณะ, 2563; ศรีณธร มังคะมณี, อิศรา ศิริมณีรัตน์, ขวัญใจ เพทายประกายเพชร และคณะ, 2567; สุนิสา สุขชูศรี และ วิราสิริรี วสิริสิริ, 2567) ด้านปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในสตรีมุสลิมที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือบริบททางศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อในศาสนาอิสลามที่มีข้อจำกัดในเรื่องการปฏิบัติตนตามหลักศาสนาและความเชื่อกลัวผิดหลักศาสนา อีกทั้งมีความอายที่จะเปิดเผยร่างกายโดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้อื่นเห็นนอกเหนือจากสามีของตนเองจึงทำให้รู้สึกลำบากใจที่จะไปรับการตรวจเนื่องจากต้องได้รับอนุญาตจากสามีจึงไปตรวจได้ เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิม และเห็นว่าเมื่อไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปรับการตรวจ (คณศพร เตชะเสาวภาคย์ และ จันทรา คงลำพันธุ์, 2559) บริบททางศาสนา สังคม วัฒนธรรมและความเชื่อเป็นสาเหตุที่ทำให้สตรีมุสลิมจำนวนมากไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากปัจจัยสนับสนุนและปัญหาอุปสรรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อประสบการณ์ของสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งทางด้านบวกและด้านลบเกี่ยวกับปัจจัยทั้งด้านสังคม ศาสนา วัฒนธรรม และสุขภาพ การที่มุสลิมในพื้นที่เหล่านี้มีการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่มีคุณภาพ รวมถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ยังถูกจำกัดด้วยอุปสรรคหลายอย่าง เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ข้อจำกัดทางวัฒนธรรม และข้อกังวลทางศาสนา ซึ่งมีผลกระทบต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจหรือไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (คณศพร เตชะเสาวภาคย์ และ จันทรา คงลำพันธุ์, 2559; Sarcheshme et al., 2024)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในประเทศไทย พบว่า มีทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเชิงปริมาณส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี (คณศพร เตชะเสาวภาคย์ และ จันทรา คงลำพันธุ์, 2559; ศิริวรรณ จันท์แจ้ง, พัชรพร เกิดมงคล และ ทศนีย์ รวีวรกุล, 2562; Enyan et al., 2022) ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในประเทศไทยหรือในสาม



จังหวัดชายแดนภาคใต้มาก่อน การเลือกใช้การวิจัยเชิงคุณภาพประเภทการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในการศึกษาค้นคว้านี้ เพื่อเป็นการทำความเข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริงตามมุมมองของบริบทพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างจากพื้นที่อื่น หรือมีลักษณะเฉพาะ จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเชิงลึก เนื่องจากการประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคลอาจมีความเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึก การวิจัยครั้งนี้จะเป็นแนวทางการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขให้กับหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีการรณรงค์ให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนของผู้รับบริการ ในการส่งเสริมให้สตรีมุสลิมเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มความครอบคลุมของการป้องกัน และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับการปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured in-depth interview)

ผู้ให้ข้อมูล คือ สตรีมุสลิมอายุ 30-60 ปี อาศัยในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส และเป็นผู้ที่ปฏิเสธหรือไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจนข้อมูลเกิดความอิ่มตัว (Saturated data) ได้ผู้ให้ข้อมูลรวมทั้งสิ้น 12 ราย (จังหวัดละ 4 ราย)

เกณฑ์การคัดเลือก

- 1) เป็นสตรีมุสลิมอายุ 30-60 ปี
- 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
- 3) ปฏิเสธหรือไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 4) ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยหรือป่วยเป็นมะเร็งทางนรีเวช
- 5) ยินดีเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก คือ ถอนตัวออกจากการศึกษา



เครื่องมือการวิจัย

1. ใช้แบบสัมภาษณ์ (Interview guide) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured in-depth interview) ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามตามแนวทางการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา กำหนดวัตถุประสงค์ของคำถามตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นประเด็นกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุมตรงประเด็นที่ต้องการศึกษามีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดในประเด็นต่าง ๆ โดยมีรูปแบบการสัมภาษณ์ จำนวน 3 แบบ ประกอบด้วย คำถามเชิงบรรยาย (Descriptive questions) คำถามเชิงโครงสร้าง (Structural questions) และคำถามเชิงเปรียบเทียบ (Contrast questions)
2. แบบฟอร์มบันทึกข้อมูลภาคสนาม เพื่อบันทึกบรรยายภาคในการสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลในด้านความรู้สึก อารมณ์ สีหน้า ท่าทาง การแสดงออกของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์ ตลอดจนการวางแผนในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป
3. อุปกรณ์สนาม ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง ไอแพดสำหรับจดบันทึกขณะเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ใช้วิธีการศึกษานำร่อง (Pilot study) ทำการฝึกสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย นำไฟล์เสียงนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3 ท่าน เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงการสัมภาษณ์ให้ดีขึ้น

การศึกษานำร่องนี้ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพตามหลักการสามเส้า (Triangulation) ของ Denzin (1970) โดยเลือกใช้การตรวจสอบสามเส้า 3 ด้าน ได้แก่

1. การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) เป็นการใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลายในการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหรือบริบทที่แตกต่างกัน เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Validity) และความถูกต้อง (Accuracy) ของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการใช้หลายแหล่งข้อมูลช่วยลดข้อผิดพลาดหรืออคติที่อาจเกิดจากแหล่งข้อมูลเดียวหรือมุมมองเดียว เช่น การเก็บข้อมูลในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน สถานที่หรือสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน
2. การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เป็นการใช้ผู้วิจัย มากกว่าหนึ่งคนในการศึกษา การเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเดียวกัน โดยการแต่ละคนจะมีมุมมองที่แตกต่างกัน ช่วยลดอคติในการรวบรวม การรายงาน และ/หรือการวิเคราะห์ข้อมูล และเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยได้มากขึ้น ซึ่งการศึกษานำร่องนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยผู้วิจัยร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา
3. การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) เป็นการตรวจสอบโดยพิจารณาจากการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน การศึกษานำร่องนี้ใช้วิธีการสังเกตสีหน้าท่าทางควบคู่กับการซักถาม



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตระหว่างสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย เปิดโอกาสให้สอบถาม และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการรับรองจริยธรรมในเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2568 โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบ Semi-structured in-depth interview บันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องอัดเสียง และจัดเก็บข้อมูลในรูปไฟล์เสียง จากนั้นจึงถอดเทป และนำบทสนทนา (Transcripts) มาวิเคราะห์ข้อมูล ผลการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 12 ราย ข้อมูลการสัมภาษณ์สามารถบันทึกเสียงได้ 12 ไฟล์เสียง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายบุคคลอยู่ในช่วง 47 นาที ถึง 60 นาที และระยะที่สองการสัมภาษณ์ซ้ำ 5 ราย เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมสามารถบันทึกเสียงได้ 5 ไฟล์เสียง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายบุคคลอยู่ในช่วง 45 นาที ถึง 60 นาที รวมไฟล์เสียงทั้งสิ้น 17 ไฟล์เสียง ทั้งนี้จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับสตรีมุสลิมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เมื่อข้อมูลอิ่มตัว แล้วจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแก่นสาระ (Thematic analysis) เน้นการหาความหมายและตีความข้อมูลอย่างลึกซึ้งจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ละเอียดรายในขณะเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลจะมีการตรวจสอบข้อมูลไปพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ผู้วิจัยได้รู้ว่าข้อมูลนั้นมีความหลากหลาย อิ่มตัว และตอบคำถามการวิจัยได้หรือไม่ ภายหลังการเก็บข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี่ (Colaizzi) 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. อ่านทำความเข้าใจข้อมูลอย่างละเอียดลึกซึ้งทบทวนซ้ำหลายรอบเพื่อค้นหาปรากฏการณ์ซึ่งเป็นประสบการณ์ชีวิตเพื่อให้เข้าใจความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง
2. ทบทวนข้อมูลรายละเอียด โดยการจับกลุ่มคำ ข้อความ หรือประโยคเพื่อค้นหาความหมายสำคัญของข้อมูล
3. ทำความเข้าใจแก่นสาระและกำหนดความหมายของข้อความสำคัญ
4. กำหนดความหมายของกลุ่มคำที่เป็นประเด็นหลัก
5. รวบรวมผลลัพธ์ที่ได้จากปรากฏการณ์ที่ศึกษาและอธิบายโดยละเอียด
6. อธิบายปรากฏการณ์ที่ยังกำกวมให้มีความชัดเจนเท่าที่จะเป็นไปได้
7. นำข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาย้อนกลับ ไปให้ผู้ให้ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง



จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ โครงการได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา (รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2568/015) รับรองวันที่ 28 มกราคม 2568 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใดๆกับผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

การศึกษาประสบการณ์ของสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับการปฏิเสธการเข้ากับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การนำเสนอผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลสตรีมุสลิมที่ปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 12 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 30-45 ปี จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.33 และอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.67 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 ประกอบอาชีพแม่บ้าน จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.67 รายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 10 รายคิดเป็นร้อยละ 83.33

ส่วนที่ 2 การปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สรุปดังนี้

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความเห็นหรือมุมมองที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ แบ่งออกเป็น 5 แก่นสาระ ประกอบด้วย แก่นสาระที่ 1: อายุกับการที่ต้องเปิดเผยร่างกาย (เอาเราะฮ์) แก่นสาระที่ 2: กลัวการตรวจและผลกระทบที่เกิดจากการตรวจ ซึ่งมี 3 แก่นสาระย่อยประกอบด้วย 1) กลัวผลการตรวจ 2) กลัวเจ็บ และ 3) กลัวผลกระทบจากวิธีการตรวจ แก่นสาระที่ 3: ไม่ได้รับการอนุญาตให้ตรวจ แก่นสาระที่ 4: ความเจ็บป่วยถูกกำหนดโดยพระเจ้า (อัลลอฮ์ ซบ.) และแก่นสาระที่ 5: ข้อจำกัดด้านเวลาและค่าใช้จ่าย ดังรายละเอียดดังนี้

แก่นสาระที่ 1: อายุกับการที่ต้องเปิดเผยร่างกาย (เอาเราะฮ์)

สตรีมุสลิมหรือมุสลิมะห์ (ผู้หญิงมุสลิม) มีความเชื่อเรื่องการเปิดเผยร่างกาย หรือ เอาเราะฮ์ โดยเชื่อว่าเป็นสิ่งต้องห้ามในบริบทของศาสนาอิสลาม (เอาเราะฮ์) หมายถึงส่วนของร่างกายที่ต้องปกปิดตามหลักศาสนา โดยเฉพาะสำหรับมุสลิมะห์ การปกปิดเอาเราะฮ์ถือเป็นสิ่งสำคัญที่แสดงถึงความเคารพและความยำเกรงต่ออัลลอฮ์ มีข้อกำหนดที่ชัดเจน เช่น การสวมใส่ฮิญาบที่มิดชิด ไม่รัดรูป และไม่เปิดเผยส่วนที่ไม่ควรเปิดเผยต่อสายตาผู้อื่นยกเว้นสามี ส่งผลให้สตรีมุสลิมมีความรู้สึกอับอาย รู้สึกไม่สบายใจที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกายบริเวณส่วนที่เป็นส่วนตัว ดังตัวอย่างคำพูดจากผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย “ก็คือเวลาเราตรวจส่วนนั้นก็เป็นส่วนที่ต้องปกปิดให้คนอื่นเห็นไม่ได้อยู่แล้ว ไม่ว่าจะผู้หญิงหรือผู้ชาย จะ



เห็นได้เฉพาะสามี เพราะตามหลักศาสนามันเป็นสิทธิของสามีที่จะเห็นส่วนนั้นได้” และ “อยู่ดีดีจะไปอ้าให้เขาดู มันก็ไม่ใช่มุสลิมก็จะมีอาย อีกรายก็เป็นสิ่งที่ทำกันมาตั้งแต่รุ่นพ่อแม่ ตอนนี่เราก็ดูลูกหลานแบบนั้นผู้หญิงมุสลิมะห์ ในสามจังหวัดส่วนใหญ่เขาก็ถือปฏิบัติกันส่วนมาก เพราะมันคือเอาเราะฮ์ ต้องปกปิดทุกส่วนของร่างกาย ให้เห็นได้เฉพาะใบหน้าและฝ่ามือ การตรวจมะเร็งปากมดลูกต้องเปิดเผยร่างกายกับผู้อื่น นอกเหนือจากสามี มันทำไม่ได้”

แก่นสาระที่ 2: กลัวการตรวจและผลกระทบที่เกิดจากการตรวจ

จากเครื่องมือ และวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึง “ความกลัว” ที่เกิดขึ้นจากการตรวจคัดกรอง ข้อมูลที่ค้นพบ สามารถแบ่งความกลัวออกเป็น 3 แก่นสาระย่อย (Sub-theme)

แก่นสาระย่อยที่ 1: กลัวผลการตรวจ

เนื่องจากหลังการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปแล้ว ผู้รับการตรวจจะต้องใช้เวลารอผลการตรวจอย่างน้อย 14 วัน ในระหว่างนั้นผู้รับการตรวจอาจเกิดความวิตกกังวล กลัวว่า ผลการตรวจที่กำลังจะออกมาตนเองอาจป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อถึงเวลานั้น อาจทำใจยอมรับผลการตรวจไม่ได้ ทำให้พยาธิสภาพของโรคอาจเลวร้ายลง โดยได้เชื่อมโยงเหตุผลดังกล่าวกับประสบการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับจากบุคคลรอบข้างที่ป่วยเป็นมะเร็ง โดยได้รับข้อมูลว่า ผู้ป่วยที่อาการยังไม่แสดงอย่างเห็นได้ชัด เมื่อทราบผลการตรวจว่าตนเองป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว อาการป่วยก็ทรุดหนักลงเรื่อย ๆ จนเป็นเสียชีวิตในที่สุด ทั้งนี้ การไม่ทราบผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาจทำให้พยาธิสภาพของโรคไม่เลวร้ายเหมือนการทราบผลการตรวจ ดังคำพูดจากผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่ง เช่น “เคยเห็นคนที่เค้าไปตรวจ พอรู้ผลว่าเป็นก็อาการแย่มาก กินไม่ได้ นอนไม่ได้ ทรุดเลย เราเลยไม่อยากรับรู้” “กลัวว่าจะเป็นอย่างนั้น กลัวต้องรู้ว่าอายุเท่านี้แล้ว เรามีมะเร็งคือเรารับไม่ได้ไง เราก็จะเครียด กินไม่ได้ มีโรคอื่นตามมา ทรุดหนักกว่าเดิม เราก็ไม่ไป” “กลัวว่าจะเจอโรค ถ้าตรวจแล้วเป็นก็กังวลอีกจะยิ่งแย่ ทั้งเครียด ทั้งร่างกายที่ทรุด งานการก็ไม่ได้ทำ เคยเห็นคนที่ไปตรวจพอรู้ว่าเป็น จากคนแข็งแรงดี ก็อาการทรุดหมด เครียด กินนอนไม่ได้ ก็ไม่รู้ว่าจะดีกว่า ไม่ต้องกังวล ไม่ต้องเครียดไปก่อน ถ้ารู้ก็ต้องกังวลไหนจะกลัวว่าตัวเองจะตาย ไหนจะเรื่องที่บ้านใครดูแลลูกหลาน ก็กลัวไปหมด” และ “บางคนที่เคยตรวจ พอรู้ว่าตัวเองเป็น ก็ทรุดลงเรื่อย ๆ จนเสียชีวิต เราก็ไม่อยากต้องมาเป็นแบบนั้น ไม่อยากรับรู้ก่อน”

แก่นสาระย่อยที่ 2: กลัวเจ็บ

จากประสบการณ์ที่ได้รับจากบุคคลรอบข้างที่เคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นประสบการณ์ด้านลบเกี่ยวกับวิธีการตรวจ เครื่องมือ และความรู้สึกขณะตรวจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกกลัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “กลัวเจ็บ” ดังตัวอย่างคำพูดจากผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่ง “ก็กลัวเจ็บ เค้าเคยมาพูดพูดกันว่า เจ้าหน้าที่จะเอาเหล็กเสียบเข้าไปในช่องคลอดเพื่อตรวจ ก็กลัวว่าจะปวด เราก็ไม่รู้ด้วยใจ” “ก็ต่อให้เราปรึกษาเราก็ตายอยู่ดี มันก็แค่บรรเทา ถ้าตรวจบางทีก็ต้องเจ็บตัว ใช้อุปกรณ์ก็เยอะ ทำต่างต่างนานา แต่สุดท้ายก็แค่บรรเทา เราก็ตายอยู่ดีก็คิดว่าไม่ต้องเจ็บตัวดีกว่า เพราะยังไถ่ก็ต้องตาย” และ “ก็กลัวเจ็บด้วย เขาจะต้องใส่เครื่องมือเข้าไปตรวจ ก็ต้องเจ็บ ไม่ตรวจดีกว่า”



แก่นสาระย่อที่ 3: กลัวผลกระทบจากวิธีการตรวจ

จากการได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ รวมถึงวิธีการตรวจ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน โดยเข้าใจว่า การตรวจภายในด้วยวิธี Pap smear อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังคำพูดจากผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่ง “เรากลัวอุปกรณ์ที่เราใส่เข้าไปในมดลูกของเรา มดลูกของเราดีดี มดลูกเราดูเล็กๆ ings กลัวว่าถ้าสอดเข้าไปแล้วมดลูกจะอักเสบแล้วมันจะเป็นอะไรก็ไม่รู้กลัวทุกอย่างนั่นแหละ” “ก็เวลาอสม.หรือเจ้าหน้าที่มาบอกเขาก็จะมาบอกแค่ว่าขึ้นไปนอนบนเตียง อาบน้ำขนายังมัย แล้วเขาก็จะตรวจ เราไม่เข้าใจ กลัวว่าจะเกิดอะไรตามมา ก็ไม่ไปถ้าเป็นแบบนี้แล้ว อยู่ดีดีจะไปอ้าให้เขาดู มันก็ไม่ใช้” และ “กลัวว่าเดี๋ยวหมอนั่นทำนั่นทำนี่ทำทุกอย่าง เดี๋ยวไปล้วง เดี๋ยวไปอะไร โดยที่เราไม่ยอมให้ทำ เราก็กังวลด้วยว่าเขาจะทำอะไรกับเราบ้าง เขาจะไม่ค่อยอธิบายว่าจะทำอะไรบ้าง.....”

แก่นสาระที่ 3: ไม่ได้รับการอนุญาตให้ตรวจ

ในบริบทของศาสนาอิสลาม สามีเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำรงชีวิตของครอบครัว และมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจของสตรีมุสลิมในการที่จะเข้ารับหรือปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศาสนาอิสลามได้กำหนดหลักการให้สามีเป็นผู้นำครอบครัว ให้ความคุ้มครองและรับผิดชอบในการประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงครอบครัวจึงทำให้หน้าที่ของสตรีมุสลิมในฐานะภรรยาเป็นผู้ตาม มีหน้าที่ดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ภายในบ้านพร้อมกับอบรบบุตร-ธิดา สตรีในฐานะภรรยาจึงต้องมีภาระหน้าที่ในการปรนนิบัติ และเชื่อฟังสามีเสมอ ส่งผลให้สตรีมุสลิมต้องได้รับอนุญาตจากสามีทุกครั้ง เนื่องจากหากสตรีมุสลิมไม่ได้รับการยินยอมจากสามี ส่งผลต่อการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังตัวอย่างคำพูด ดังนี้ “สามีเขาไม่อนุญาต (ให้ตรวจมะเร็งปากมดลูก) เพราะว่าในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ของเรา ศาสนาอิสลามเค้าสอนให้เราในฐานะเป็นผู้หญิงอิสลามต้องเชื่อฟังสามี” “ก็สามีเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นคนที่ตัดสินใจทุกเรื่องในบ้าน ถ้าสามีไม่ให้ตรวจเราก็ไม่ตรวจ ไม่อยากทะเลาะกับสามี ส่วนนั้นของเราเป็นสิทธิของสามีที่จะเห็นได้คนเดียว เราในฐานะภรรยาก็ต้องเชื่อฟัง” และ “ก็ถ้าเขาไม่อนุญาต เราในฐานะเป็นภรรยาก็จะบาป เพราะผู้หญิงมุสลิมจะต้องเชื่อฟังสามีที่เป็นหัวหน้าครอบครัว อีกอย่างก็จะได้ไม่ผิดใจกันกับสามี”

แก่นสาระที่ 4: ความเจ็บป่วยถูกกำหนดโดยพระเจ้า (อัลลอฮ์ ซบ.)

ความเชื่อของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามเชื่อว่าอัลลอฮ์ (ซบ.) จะทดสอบผู้ศรัทธาด้วยโรคภัยหรือความทุกข์ยากต่าง ๆ ผู้ศรัทธาต้องเชื่อในการกำหนดชะตากรรมไว้ล่วงหน้า เช่นเดียวกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้ศรัทธาจะเชื่อว่าการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกถูกกำหนดโดยอัลลอฮ์. แม้จะมีการป้องกันหรือคัดกรองโรคไปแล้ว หากจะถูกกำหนดให้เป็นโรค ยิ่งไงก็หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ถ้าไม่ถูกกำหนดให้เป็นโรค ก็จะไม่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเช่นเดียวกัน จึงไม่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองโรค ดังตัวอย่างคำพูด “ความเจ็บป่วยของเรามันเป็นประสงค์ของพระเจ้า ถ้าอัลลอฮ์.กำหนด ยิ่งไงก็หลีกเลี่ยงไม่ได้” และ “ทุกอย่างพระเจ้ากำหนดไว้แล้ว หากเราเป็น (มะเร็งปากมดลูก) ก็คงหลีกเลี่ยงไม่ได้ ต่อให้มาตรวจยิ่งไง ถ้าจะเป็นยิ่งไงมันก็ต้องเป็น”



แก่นสาระที่ 5: ข้อจำกัดด้านเวลาและค่าใช้จ่าย

เนื่องจากการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปหน่วยบริการ ผู้ให้ข้อมูลบางรายอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ระยะทางจากบ้านพักกับหน่วยบริการไกลถึง 20-30 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาในการเดินทางประมาณ 30-40 นาที อีกทั้งอาจต้องเสียเวลาจากการที่ต้องยื่นเอกสาร เข้าคิวรอตรวจ ทำให้สูญเสียรายได้จากการการทำงาน ทำให้เกิดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและเวลาที่ต้องเสียไป จึงทำให้ตัดสินใจไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังตัวอย่างข้อความเกี่ยวกับข้อจำกัดด้านเวลา เช่น “เวลาไปโรงพยาบาลช้ามาก เสียเวลาเป็นวันวัน บางทีไปคนก็เยอะกว่าจะได้ตรวจ ก็เสียเวลาทำอย่างอื่น ถ้าไม่จำเป็นก็เลือกที่จะไม่ไปดีกว่า” และ “รู้สึกว่าจะใช้เวลาเยอะในการเข้ารับบริการ การเดินทางก็ไม่ค่อยสะดวก” และตัวอย่างข้อความเกี่ยวกับข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่าย เช่น “ก็ยุ่งกับการขายของนี่แหละที่บ้านก็เปิดร้านขายของทุกวัน ไม่ได้หยุด ไม่มีคนมาช่วยด้วยไง จะปิดร้านก็ไม่มีเงินอีก ต้องขาดรายได้ตรงนี้อีก ก็เลยไม่ไป” “ก็เรื่องค่าใช้จ่าย ค่าน้ำมันรถ เราไม่สะดวกเดินทางไป” และ “ก็คือค่าใช้จ่ายในการเดินทางของเรา อีกอย่างพาหนะในการเดินทางของเราก็ไม่สะดวก รายได้ของเราไม่เท่าไรก็แค่หาเช้ากินค่ำเราก็ไปไม่ได้”

จากความเห็นหรือมุมมองที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ทั้ง 5 แก่นสาระแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ด้านลบที่เป็นอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นการดำเนินงานการส่งเสริมให้สตรีมุสลิมเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นต้องคำนึงถึงบริบททางศาสนา วัฒนธรรม และหลักความเชื่อทางศาสนาอิสลามในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่สามเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ และอิทธิพลอย่างมากในการตัดสินใจเรื่องต่างๆภายในครอบครัว เช่นการดูแลสุขภาพของภรรยา สามีมักมีบทบาทเป็นผู้ตัดสินใจ เช่นเดียวกันกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเกี่ยวข้องกับการเปิดเผยส่วนซ่อนเร้นของร่างกาย จำเป็นต้องได้รับการอนุมัติจากสามีตามหลักศาสนาและวัฒนธรรม หากสามีไม่อนุญาต ภรรยาอาจไม่สามารถเข้ารับการตรวจได้ แต่หากสามีเข้าใจ และเห็นด้วยถึงความจำเป็นในการตรวจ รวมถึงให้กำลังใจ สนับสนุนภรรยาในเรื่องของการดูแลสุขภาพ เช่น การเน้นย้ำถึงความสำคัญของการตรวจสุขภาพและการแสดงความเข้าใจในความจำเป็นของการตรวจคัดกรอง โดยเน้นว่าการตรวจสุขภาพเป็นการดูแลร่างกายที่พระเจ้าได้มอบหมายให้ดูแลอย่างดี รวมถึงการจัดบริการที่เหมาะสม เช่น มีเจ้าหน้าที่ผู้หญิงเป็นผู้ตรวจ สถานที่ตรวจมีความมิดชิดและมีความเป็นส่วนตัว เพื่อสร้างความมั่นใจแก่สตรีมุสลิมจะช่วยลดความวิตกกังวลหรือความอายเกี่ยวกับการเปิดเผยร่างกาย และตัดสินใจยอมรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยไม่รู้สึกรู้สึกผิดต่อหลักความเชื่อและศาสนา อีกทั้งการจัดหน่วยตรวจเคลื่อนที่ไปยังพื้นที่ห่างไกลสามารถช่วยให้การตรวจเข้าถึงได้ง่าย ช่วยประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย และการสื่อสารอธิบายให้ทั้งสตรีมุสลิมผู้ให้ข้อมูลและสามี มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอน วิธีการตรวจ ซึ่งมีผลต่อการยอมรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและตรงประเด็นในการดูแลสุขภาพของผู้หญิงตามหลักศาสนาจะช่วยลดความกังวลและส่งเสริมให้สตรีมุสลิมเข้ารับการตรวจได้มากขึ้น



อภิปรายผล

จากการศึกษาประสบการณ์ของสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับการปฏิเสธการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอภิปรายผลดังนี้

1. อยากับการที่ต้องเปิดเผยร่างกาย (เอาเราะฮ์)

จากบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามและมีการปฏิบัติทางศาสนาที่เคร่งครัดรวมไปถึงการแต่งกาย โดยสตรีมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่มีการแต่งกายที่มิดชิด เช่น การสวมผ้าคลุม (ฮิญาบ) การเปิดเผยร่างกาย หรือ เอาเราะฮ์ ถือเป็นสิ่งที่ต้องห้าม ดังนั้น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Papanicolaou (Pap) smear จึงเป็นเรื่องที่สตรีมุสลิมที่ให้อำนาจโดยส่วนใหญ่ อาจรู้สึกว่ามันไม่เหมาะสม เนื่องจากการที่ต้องเปิดเผยส่วนซ่อนเร้น ทำให้รู้สึกอายและตะขิดตะขวงใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับมุมมอง ทศนคติ ของสตรีมุสลิมต่อการตรวจ Pap smear ที่พบว่า สตรีมุสลิมจำนวนมากที่ปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น เกิดจากความอายที่ต้องเปิดเผยของลับ (Ahmed et al., 2022; Al-Naggar et al., 2021; Khan & Woolhead, 2015) ซึ่งโดยปกติแล้ว แม้แต่การเปิดเผยเพียงแค่เส้นผมก็ยังทำให้สตรีมุสลิมที่เคร่งศาสนา รู้สึกอับอายได้ ดังนั้น การเปิดเผยของลับจึงทำให้สตรีมุสลิมรู้สึกอับอายและตะขิดตะขวงใจมากกว่าสตรีทั่วไป (Ahmed et al., 2022; Al-Naggar et al., 2021) อย่างไรก็ตาม ความอับอายที่เกิดจากการเปิดเผยของลับนั้น อาจไม่ใช่เหตุผลสำคัญของการปฏิเสธการตรวจ Pap smear เสมอไป หากสตรีมุสลิมได้รับข้อมูลที่เพียงพอ ถึงความจำเป็นของการตรวจมะเร็งปากมดลูก รวมไปถึงการจัดเตรียมสถานที่ตรวจที่มีความเป็นส่วนตัว (Al-Naggar et al., 2021) ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจึงควรสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบถึงความจำเป็นของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอธิบายถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าใจ รวมถึงการจัดเตรียมสถานที่สำหรับการทำ Pap smear ที่มีความเป็นส่วนตัว เพื่อลดความรู้สึกตะขิดตะขวงใจหรือความอับอายในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรค

2. กลัวการตรวจและผลกระทบที่เกิดจากการตรวจ ประกอบด้วย 1) กลัวผลการตรวจ 2) กลัวเจ็บ และ 3) กลัวผลกระทบจากวิธีการตรวจ

การสื่อสารเกี่ยวกับขั้นตอน อุปกรณ์ วิธีการตรวจ ความสำคัญของการตรวจคัดกรอง ผลกระทบของโรคมะเร็งปากมดลูก ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรค และการสื่อสารที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกมั่นใจว่าจะได้รับความปลอดภัยจากการตรวจ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรู้สึกกลัว หรือกังวล เกี่ยวกับการตรวจ Pap smear ไม่ว่าจะเป็นความกลัวผลการตรวจ ความกลัวว่าจะเกิดความเจ็บปวดจากการตรวจ หรือกลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจ ล้วนมีสาเหตุจากการขาดความรู้ความเข้าใจ รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ดังนั้น การเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการตรวจ Pap smear จึงมีความจำเป็นในการช่วยลดความกลัว หรือความวิตกกังวล ของกลุ่มเป้าหมายลงได้ (Baharum et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในสตรีมุสลิมผู้ให้อำนาจที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือปัจจัยภายในตัวบุคคล ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาก



มดลูก กลัวการตรวจเจอโรค ยังไม่มีอาการใดๆ จึงไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (คณิศพร เตชะเสาวภาคย์ และ จันทรา คงลำพันธ์, 2559)

3. ไม่ได้รับการอนุญาตให้ตรวจ

บริบททางศาสนาอิสลามในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่สามีเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ของผู้ที่อยู่ในครอบครัว เมื่อสามีไม่อนุญาตให้ภรรยาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว ภรรยาก็จะต้องปฏิเสธการตรวจคัดกรองเช่นเดียวกันเนื่องจากภรรยาจึงต้องมีภาระหน้าที่ในการปรนนิบัติ และเชื่อฟังสามีเสมอ สามีจึงมีอิทธิพลสำคัญต่อการตัดสินใจยอมรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิม หากได้รับการอนุญาตหรือสนับสนุนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากสามี ก็มีโอกาสที่ภรรยาจะตัดสินใจยอมรับการตรวจคัดกรอง ดังนั้นแรงสนับสนุนจากสามีจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้สตรีมุสลิมตัดสินใจยอมรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา เกี่ยวกับบทบาทของสามีต่อการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ โดยพบว่า สามีมีบทบาทอย่างมากต่อการเข้ารับหรือปฏิเสธการคัดกรองด้านสุขภาพรวมถึงโรคมะเร็งของภรรยา การหาแนวทางในการสร้างความตระหนักและความจำเป็นของการตรวจคัดกรองโรค โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูกกับสามีซึ่งเป็นผู้นำครอบครัว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (Khan & Woolhead, 2015; Widiasih and Nelson, 2018)

4. ความเจ็บป่วยถูกกำหนดโดยพระเจ้า (อัลลอฮ์ ซบ.)

ความเชื่อของสตรีมุสลิมที่ว่าความเจ็บป่วยถูกกำหนดโดยพระเจ้า (อัลลอฮ์ ซบ.) นั้น แม้จะเป็นสาเหตุรองจากความอายและการไม่อนุญาตจากสามี ก็ยังถือว่าเป็นสาเหตุที่อาจมีส่วนให้สตรีมุสลิมในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้เลือกที่จะไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาของPratt et al. (2017) พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิเสธการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกให้เหตุผลที่ไม่ต้องการทราบผลการตรวจว่า ปลอ่ยให้ทุกอย่างเป็นไปตามพระประสงค์ของอัลลอฮ์. หากพวกเขาจะต้องเจ็บป่วยพวกเขาก็ยอมรับความเจ็บป่วยนั้น เนื่องจากเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการทดสอบของอัลลอฮ์.

5. ข้อจำกัดด้านเวลาและค่าใช้จ่าย

ข้อจำกัดด้านเวลาและค่าใช้จ่าย เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีมุสลิมตัดสินใจไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการเดินทางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และยังต้องเสียเวลาไปกับการยื่นเอกสาร การเข้าคิวรอตรวจ ส่งผลต่อกระทบต่อการทำงานหรือการปฏิบัติภารกิจในชีวิตประจำวัน และสูญเสียรายได้จากการทำงานทำให้เกิดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและเวลาที่ต้องเสียไป จึงทำให้ตัดสินใจไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนที่ทำให้มาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกได้แก่ ระบบบริการมีคุณภาพและ ได้มาตรฐาน ด้านระยะเวลาตรวจ รวดเร็ว เพศผู้ตรวจเป็นหญิง ให้บริการ ทั้งในเวลาและ นอกเวลาราชการ (คณิศพร เตชะเสาวภาคย์ และ จันทรา คงลำพันธ์, 2559)



การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขให้กับหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่มีการรณรงค์การป้องกันการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของสตรีมุสลิม ภายใต้ภูมิหลัง วัฒนธรรม และภาษา ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. ส่งเสริมสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อป้องกันและลดจำนวนอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในระยะยาว ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุค่าเป้าหมายความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเป้าที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาแนวทางการส่งเสริมการยอมรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยศึกษาด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)
2. การศึกษาแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เกี่ยวกับการส่งเสริมให้สตรีมุสลิมในพื้นที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ควรสนับสนุนและส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง Self-test kits ที่สามารถใช้ตรวจเองที่บ้านได้ เพื่อลดอุปสรรคทางด้านความเชื่อศาสนา และวัฒนธรรมและช่วยให้สตรีมุสลิมที่มีความรู้สึกเขินอายในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่หน่วยบริการได้เข้าถึงบริการมากขึ้นอีกทั้งช่วยลดต้นทุนในการรักษามะเร็งปากมดลูกระดับประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณศพร เตชะเสาวภาคย์ และจันทรา คงลำพันธ์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิมในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(2), 232-247.
- พรรณี ปิ่นนาค. (2563). เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก:กรณีศึกษาสตรีอายุ 30-6 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 118-131.
- พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม, พลอยประกาย ฉลาดล้ำ,รุจา แก้วเมืองฝาง, สติรกานต์ ท้าวจบ และนวลอนงค์ ศรีสุกไสย. (2563). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมแรงจูงใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 5(1), 248-265.
- ศรินธร มังคะมณี, อิศรา ศิริมณีรัตน์, ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, จิรียา อินทนา, ชลิต เขาวีวิลัย และหวานใจ หล้าพรหม. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 4(1), 11-22.
- ศิริวรรณ จันทร์แจ้ง,พัชรภาพ เกติมงคล และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีมุสลิม. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 42(2), 52-62.



เอกสารอ้างอิง

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ *National Cancer Control Programmes* (พ.ศ. 2561-2565). สืบค้นจาก https://www.nci.go.th/th/New_web/officer/of3.html
- สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย.(2567). สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร. สืบค้นจาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/>
- สุนิสา สุขชูศรี และวิราสิริ วีสิริสิริ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรี อายุ 30-60 ปี ตำบลฤษณานิคม อำเภอบางปลาม้า จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสุพรรณบุรี*, 15(1), 117-137.
- Abru, N., & Srisuk, W. (2022). Muslim women: Life and role as social activists in the southern border provinces. *Journal of Social Sciences and Humanities Research in Asia*, 28(3), 17-32. Retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/psujssh/article/view/257938/176384>
- Al-Naggar, R. A., Al-Shaikhli, H., Murtagh, S., Al-Maktari, L., & Saleh, B. (2021). *Barriers to Pap smear screening among medical students: A qualitative study*. Retrieved from <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-529652/v1>
- Ahmed, N. U., Brewster, C., Chang-Martinez, C., Thomas-DeVlugt, L., & Rodriguez, A. (2022). Dignity, shame, stigma, or ignorance in avoidance of breast and cervical cancer screenings among women of Caribbean descent. *Open Journal of Social Sciences*, 10(5), 496-508.
- Baharum, N. N., Ariffin, F., Isa, M. R., & Tin, S. T. (2020). Health literacy, knowledge on cervical cancer and pap smear and its influence on pre-marital Malay Muslim women attitude towards pap smear. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 21(7), 2021.
- Caruso, G., Wagar, M. K., Hsu, H. C., Hoegl, J., Rey Valzacchi, G. M., Fernandes, A., et al. (2024). Cervical cancer: a new era. *International journal of gynecological cancer: official journal of the International Gynecological Cancer Society*, 34(12), 1946-1970.
- Enyan, N. I. E., Davies, A. E., Opoku-Danso, R., Annor, F., & Obiri-Yeboah, D. (2022). Correlates of cervical cancer screening participation, intention and self-efficacy among Muslim women in southern Ghana. *BMC Women's Health*, 22(1), 225.
- Health Data Center. (2567). อัตราป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกต่อประชากร. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=59acae7a68f



เอกสารอ้างอิง

- International Agency for Research on Cancer (IARC). (2022). *Global Cancer Observatory*. Retrieved from <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
- Khan, S., & Woolhead, G. (2015). Perspectives on cervical cancer screening among educated Muslim women in Dubai (the UAE): a qualitative study. *BMC Women's Health*, 15, 1-13.
- Pratt, R., Mohamed, S., Dirie, W., Ahmed, N., VanKeulen, M., Ahmed, H., Raymond, N., et al. (2017). Views of Somali women and men on the use of faith-based messages promoting breast and cervical cancer screening for Somali women: a focus-group study. *BMC public health*, 17(1), 270.
- Sarcheshme, M. S., Mahdizadeh, M., Tehrani, H., & Vahedian-Shahroodi, M. (2024). Exploring the barriers to Pap smear test compliance: A qualitative study for improving cervical cancer screening in the primary health care. *Health Promotion Perspectives*, 14(1), 80.
- Widiasih, R., & Nelson, K. (2018). Muslim husbands' roles in women's health and cancer: The perspectives of Muslim women in Indonesia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(6), 1703.
- World Health Organization (WHO). (2023). *Cervical cancer*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1



ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

ภัสราภรณ์ ทองภูธรณ์¹ และศวิตา ศรีสวัสดิ์^{2*}

¹โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

²ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

(วันที่รับบทความ: 6 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 24 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 2 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในช่วงวัยรุ่นมีความสำคัญ เนื่องจากส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพร่างกาย และประสิทธิภาพในการเรียน หากมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพในระยะยาว เช่น โรคอ้วน เบาหวาน และภาวะขาดสารอาหารได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร จำนวน 218 คน โดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า นิสิตส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.19 ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 91.36 ใช้เงินค่าอาหารต่อเดือนโดยเฉลี่ย $3,579.19 \pm 1,164.28$ บาท มีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.33 ระดับทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.40 คะแนนเฉลี่ย 3.34 ± 0.28 และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.98 คะแนนเฉลี่ย 3.41 ± 0.85 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($r = -0.320, p < .001$) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = 0.321, p < .001$) และทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r = -0.400, p < .001$) ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม สังคม และแรงจูงใจ ในการทำความเข้าใจถึงอิทธิพลของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้จะช่วยให้สามารถวิเคราะห์และออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, นิสิตระดับปริญญาตรี

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ศวิตา ศรีสวัสดิ์; sawita.sris@ku.th



Food Consumption Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Undergraduate Students at Kasetsart University's Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

Patsaraporn Thongpootorn¹ and Sawita Srisawat^{2*}

¹Kutchap Hospital, Udon Thani Province

²Department of Community Health, Faculty of Public Health, Kasetsart University

(Received: 6 May 2025; Revised: 24 June 2025; Accepted: 2 July 2025)

Abstract

Adolescent dietary behavior is of critical importance, as it has a direct impact on physical health and academic performance. Inappropriate or unhealthy eating habits during this developmental stage can lead to long-term health issues, including obesity, type 2 diabetes, and various forms of malnutrition. These conditions are of particular concern within the field of public health due to their growing prevalence and impact on the population's well-being. The Objective of this cross-sectional study was to examine the relationships between knowledge, attitudes, and food consumption behaviors of undergraduate students at Kasetsart University's Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus. A total of 218 students were selected by stratified random sampling. Data was collected using questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics. The results of the study indicated that most of the students were female (81.19%), in Year 2 (91.36%), and spent an average of $3,579.19 \pm 1,164.28$ baht per month. The students had a high level of knowledge about food consumption (96.33%), a moderate level of attitude toward food consumption (84.40%) with an average score of 3.34 ± 0.28 , and had a moderate level of food consumption behavior (55.98%) with an average score of 3.41 ± 0.85 . It is recommended to further investigate the related environmental, social, and motivational factors in order to better understand their influences on food consumption behaviors. The resulting data will enable a more effective analysis and the design of targeted health promotion activities.

Keywords: knowledge, attitudes, food consumption, undergraduate students

Keywords: knowledge, attitudes, food consumption, undergraduate students

***Corresponding author:** Sawita Srisawat; sawita.sris@ku.th



บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เนื่องจากอาหารไม่เพียงแต่เป็นแหล่งพลังงานหลักที่ร่างกายต้องการเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมในชีวิตประจำวันเท่านั้น หากยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทั้งยังมีบทบาทในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ช่อมแซมเนื้อเยื่อที่สึกหรอ และสนับสนุนการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นและวัยอุดมศึกษา ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจอย่างรวดเร็ว อาหารที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาศักยภาพทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา และอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นและวัยอุดมศึกษาอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอิทธิพลจากวัฒนธรรมการบริโภคแบบตะวันตกที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นและนักศึกษาหันมาบริโภคอาหารจานด่วน อาหารแปรรูป และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น ชานมไข่มุก ซึ่งมักมีปริมาณไขมันและน้ำตาลสูง แต่กลับมีการบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่ลดลง ข้อมูลจากกรมอนามัย (2565) ชี้ให้เห็นว่าวัยรุ่นในประเทศไทยมีการดื่มเครื่องดื่มชง เช่น ชานมไข่มุก เฉลี่ย 1-2 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 24.9 และยังพบว่ามีการบริโภคอาหารจานด่วนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาว รวมทั้งพฤติกรรมการอดอาหารเพื่อรักษารูปร่างของตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้ร่างกายขาดสารอาหารจากการบริโภคที่ไม่หลากหลาย (สำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ, 2560) พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รวมถึงการบริโภคอาหารจานด่วนและเครื่องดื่มที่มีรสหวานอย่างต่อเนื่อง ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเมตาบอลิกบางประเภท เช่น เมตาบอลิกซินโดรม (โรงพยาบาลวิภาวดี, 2567; โรงพยาบาลนครธน, 2563) นอกจากนี้ การบริโภคอาหารที่มีเกลือและไขมันสูงยังเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ขณะที่การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลสูงและขาดการออกกำลังกายเป็นสาเหตุสำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมถึงภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายชนิด (โรงพยาบาลวิภาวดี, 2567) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อโรคเหล่านี้

ในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ร้อยละ 37.40 ของวัยรุ่นบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ตามคำแนะนำ ในขณะที่ร้อยละ 62.60 บริโภคเครื่องดื่มรสหวาน และร้อยละ 76.80 บริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพหรืออาหารแปรรูปสูง (Pengpid & Peltzer, 2021) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางสังคมและสื่ออย่างมาก ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสื่อสังคมออนไลน์และเพื่อนฝูง นอกจากนี้ ยังพบว่าวัยรุ่นไทยมีสถานะน้ำหนักตัวที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.20 ภาวะผอม ร้อยละ 2.1 และมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 7.9 (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2567)

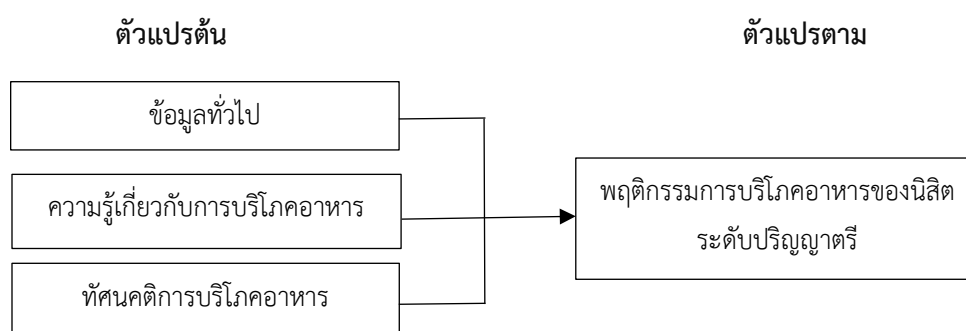


การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีในวัยรุ่น ควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารจานด่วน เครื่องดื่มรสหวาน และขนมขบเคี้ยวที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ พร้อมทั้งเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดและปลอดภัย และงดหรือลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดี รวมถึงสร้างแรงจูงใจ และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างยั่งยืน (จินตนา วัชรสินธุ์, กิจติยา รัตนมณี และณัชนันท์ ชีวานนท์, 2562) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรู้ด้านโภชนาการของ นักศึกษาระดับอุดมศึกษาอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ทักษะคิดต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี และพฤติกรรม การบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (ณัฐธยาน์ ซาบัวคำ, 2562) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นมีความแตกต่างจาก อดีต โดยมีระดับความรู้ ทักษะคิด และการตัดสินใจด้วยตนเองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภค ซึ่งอาจต่อเนื่องไปถึงวัย ผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหารในช่วงวัยอุดมศึกษายังมีจำกัด จึงเป็นที่มาของ ความสนใจในการศึกษาระดับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลออนไลน์ผ่าน google form โดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน 2567

ประชากร นิสิตทั้งเพศชายและเพศหญิง ระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ประจำปีการศึกษา 2566 จำนวน 6,298 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 11 เมษายน 2566)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร กรณีทราบจำนวนประชากร (อรุณ จิรวัดนกุล, 2557)

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2p(1-p)}{[e^2(N-1)] + [Z^2\alpha/2p(1-p)]}$$

โดย N คือ จำนวนประชากรทั้งหมด 6,298 คน $Z^2\alpha/2$ เท่ากับ 1.96 p คือ ค่าสัดส่วนของนักศึกษาที่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นในภาพรวมอยู่ระดับดี ร้อยละ 62.80 (วีรชัย มูลใจ, มาริณี เจ๊ะและ, วิชญาพร สุวรรณประดิษฐ์ และคณะ, 2566) เท่ากับ 0.63 และค่า e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่าไม่เกินร้อยละ 10 ของค่า p ดังนั้น ค่า e เท่ากับ 0.063

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 218 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งออกเป็น 4 คณะได้แก่ คณะทรัพยากรธรรมชาติและอุตสาหกรรมเกษตร คณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และคณะศิลปศาสตร์และวิทยาการจัดการ ตามแต่ละชั้นปี และแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามค่าสัดส่วนของประชากรทั้งหมด ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 218 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งออกเป็น 4 คณะในแต่ละชั้นปี และแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามค่าสัดส่วนของประชากรทั้งหมด โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในแต่ละคณะให้ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 218 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามผ่าน google form ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา คณะ ชั้นปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน รายจ่ายเฉลี่ยค่าอาหารต่อเดือน ความพึงพอใจของรายได้ ปัจจุบันท่านอาศัยกับใคร อาชีพบิดาและมารดา ระดับการศึกษา บิดาและมารดา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปรับปรุงมาจากม้นทนาวัต เมธาพัฒนา (2560) จำนวน 12 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1976) ดังนี้ ความรู้ระดับดี มีคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ความรู้ระดับปานกลาง มีคะแนนร้อยละ 60-79 และความรู้ระดับไม่ดี มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านทัศนคติการบริโภคอาหาร ปรับปรุงจาก สุดคะนึง โรจนชีวาคม (2562) จำนวน 13 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยคะแนนข้อคำถามเชิงบวกจะเรียงระดับการให้คะแนน ดังนี้ โดยคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน และคะแนนสูงสุด 5 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน เห็นด้วย ได้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน และในส่วนข้อคำถามเชิงลบจะให้คะแนน ดังนี้ คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน และคะแนนสูงสุด 1 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 1 คะแนน เห็นด้วย ได้ 2 คะแนน ไม่แน่ใจ ได้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ได้ 4 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ได้ 5 คะแนน และทำการแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้ ทัศนคติอยู่ในระดับดี มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 และทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปรับปรุงจาก สุดคะนึง โรจนชีวาคม (2562) จำนวน 26 ข้อ ให้คะแนนออกเป็น 5 ระดับ โดยคะแนนต่ำสุด 1 คะแนน และคะแนนสูงสุด 5 คะแนน คือ ปฏิบัติบ่อยมาก (ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน) ได้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์) ได้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์) ได้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (ปฏิบัติประมาณ 1-3 ครั้งใน 1 เดือน) ได้ 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) ดังนี้ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี มีช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้ค่าเท่ากับ 0.93 และ 0.96 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
- 2) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามออนไลน์ google form ไปยังกลุ่มตัวอย่าง 218 คน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที
- 3) เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ในการตอบแบบสอบถามแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ระดับทัศนคติ และระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรี ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรีด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ KUREC-CSC67/012 เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 14 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนิสิตเป็นเพศหญิงร้อยละ 81.19 มีอายุเฉลี่ย 20.00 ± 1.25 ปี น้ำหนักโดยเฉลี่ย 58.79 ± 15.06 กิโลกรัม มีส่วนสูงเฉลี่ย 163.19 ± 7.98 เซนติเมตร นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 96.33 ส่วนใหญ่เรียนคณะสาธารณสุขศาสตร์ร้อยละ 37.16 รองลงมาคือ คณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ ร้อยละ 29.36 เรียนชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 37.16 รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 29.36 รายได้โดยเฉลี่ย $5,711.01 \pm 2,376.71$ บาท คิดเป็นเงินค่าอาหารเฉลี่ยต่อเดือน $3,579.13 \pm 1,164.28$ บาท ซึ่งรายรับเพียงพอต่อรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 80.73 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 44.95 รองลงมา มีการอาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 18.81 ส่วนใหญ่บิดาและมารดาประกอบอาชีพเกษตรร้อยละ 29.82 และ 32.57 ตามลำดับ การศึกษาของบิดาและมารดาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 29.36 และ 30.28 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ภาพรวมของระดับความรู้การบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.33 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 2.75 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรู้การบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม (n=218)

ความรู้	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	ร้อยละ 80 คะแนนขึ้นไป	210	96.33
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60-79	6	2.75
ระดับไม่ดี	น้อยกว่าร้อยละ 60	2	0.92
คะแนนเฉลี่ย 11.27 ± 1.03			

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า 3 อันดับแรกของข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ตอบถูก ได้แก่ ข้อ 10 ควรล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร จำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 99.54 รองลงมาคือ ข้อ 3 ร่างกาย



ควรได้รับอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้มีความหลากหลาย จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารได้ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และข้อ 5 การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำจะช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานเป็นปกติ และลดอาการท้องผูก จำนวน 216 คน คิดเป็น 99.08 อันดับที่ 3 มีทั้งหมด 3 ข้อ ดังนี้ ข้อ 6 การรับประทานอาหารที่ไม่ตรงต่อเวลาจะทำให้เป็นโรคกระเพาะ ข้อ 9 การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทำให้เกิดการทำลายเซลล์ตับและเป็นสาเหตุของโรคตับแข็ง และข้อ 12 ใน 1 วัน ควรดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว จำนวน 215 ร้อยละ 98.62 ส่วนข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบตอบผิด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อ 4 ใน 1 วัน ปริมาณพลังงานจากสารอาหารของแต่ละช่วงวัยไม่มีความแตกต่างกัน จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 42.66 ข้อ 8 การรับประทานอาหารรสชาติเค็มทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 12.39 และข้อ 11 การรับประทานอาหารรสชาติหวานทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.13 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อคำถามด้านความรู้การบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n=218)

ข้อคำถามด้านความรู้	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาหารมื้อที่สำคัญที่สุด คือ มื้อเช้า	5	2.29	213	97.71
2. แหล่งพลังงานหลักของร่างกายมาจากอาหารประเภทข้าว-แป้ง	8	3.67	210	96.33
3. ร่างกายควรได้รับอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้มีความหลากหลาย จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารได้ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	2	0.92	216	99.08
4. ใน 1 วัน ปริมาณพลังงานจากสารอาหารของแต่ละช่วงวัยไม่มีความแตกต่างกัน	93	42.66	125	57.34
5. การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำจะช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานเป็นปกติ และลดอาการท้องผูก	2	0.92	216	99.08
6. การรับประทานอาหารที่ไม่ตรงต่อเวลาจะทำให้เป็นโรคกระเพาะ	3	1.38	215	98.62
7. การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เสี่ยงพบโรคพยาธิได้	4	1.83	214	98.17
8. การรับประทานอาหารรสชาติเค็มทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง	27	12.39	191	87.61
9. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทำให้เกิดการทำลายเซลล์ตับและเป็นสาเหตุของโรคตับแข็ง	3	1.38	215	98.62
10. ควรล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร	1	0.46	217	99.54

ส่วนที่ 3 ทักษะการบริโภคอาหาร

ภาพรวมของระดับทักษะการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.40 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 15.60 คะแนนโดยเฉลี่ย 3.34 ± 0.28 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม (n=218)

ทัศนคติการบริโภคอาหาร	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	3.67–5.00	34	15.60
ระดับปานกลาง	2.34–3.66	184	84.40
ระดับไม่ดี	1.00–2.33	0	0
ภาพรวมระดับทัศนคติคะแนนเฉลี่ย 3.34 ± 0.28			

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติระดับดี คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด ข้อ 1 การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ทั้ง 3 มื้อ ทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ ร้อยละ 70.64 รองลงมาข้อ 3 การรับประทานอาหารตามธงโภชนาการทำให้มีสุขภาพที่ดี ร้อยละ 65.14 ส่วนทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด ข้อ 13 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักไม่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ร้อยละ 31.65 รองลงมาข้อ 8 อาหารที่ให้พลังงานสูงทำให้เกิดโรคอ้วน ร้อยละ 27.98 และทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด ข้อ 7 การดื่มน้ำผักผลไม้ชนิดกล่องสำเร็จรูปมีประโยชน์กว่าน้ำผักผลไม้คั้นสด ร้อยละ 12.39 และข้อ 6 การดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมช่วยให้ร่างกายสดชื่น ร้อยละ 5.05 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อคำถามด้านทัศนคติการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n=218)

ข้อคำถามด้านทัศนคติ	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่มีความคิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ 3 มื้อทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์	154 (70.64)	50 (22.94)	13 (5.96)	1 (0.46)	0 (0.00)
2. ท่านจะรับประทานอาหารเมื่อรู้สึกหิว	0 (0.00)	4 (1.83)	27 (12.39)	82 (37.61)	105 (48.17)
3. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารตามธงโภชนาการ ทำให้มีสุขภาพดี	142 (65.14)	66 (30.28)	9 (4.13)	1 (0.46)	0 (0.00)
4. ท่านคิดว่าการดื่มกาแฟ ทำให้รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า	54 (24.77)	54 (24.77)	65 (29.82)	29 (13.30)	16 (7.34)
5. ท่านไม่ชอบรับประทานอาหารขนมขบเคี้ยวระหว่างวัน	46 (21.10)	52 (23.85)	64 (29.36)	32 (14.68)	24 (11.01)
6. ท่านคิดว่าการดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลมช่วยให้ร่างกายสดชื่น	67 (30.73)	81 (37.16)	44 (20.18)	15 (6.88)	11 (5.05)
7. ท่านคิดว่าการดื่มน้ำผักผลไม้ชนิดกล่องสำเร็จรูป มีประโยชน์กว่าน้ำผักผลไม้คั้นสด	27 (12.39)	40 (18.35)	51 (23.39)	49 (22.48)	51 (23.39)
8. ท่านคิดว่าอาหารที่ให้พลังงานสูง ทำให้เกิดโรคอ้วน	61 (27.98)	60 (27.52)	60 (27.52)	24 (11.01)	13 (5.96)
9. ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารประเภท Fast Food ทำให้เป็นทันสมัย	47 (21.56)	40 (18.35)	44 (20.18)	46 (21.10)	41 (18.81)
10. ท่านคิดว่าอาหารราคาแพงเป็นอาหารที่มีประโยชน์	41 (18.81)	52 (23.85)	50 (22.94)	34 (15.60)	41 (18.81)



ตารางที่ 4 ข้อคำถามด้านทัศนคติการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อคำถามด้านทัศนคติ	จำนวน (ร้อยละ)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่มีความ คิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
11. ท่านคิดว่าการรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำช่วย ลดความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้	96 (44.04)	89 (40.83)	30 (13.76)	3 (1.38)	0 (0.00)
12. ท่านคิดว่าไข่ไก่เป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพดีที่สุด	97 (44.50)	94 (43.12)	24 (11.01)	3 (1.38)	0 (0.00)
13. ท่านคิดว่าการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักไม่เกี่ยวข้องกับ การรับประทานอาหาร	69 (31.65)	59 (27.06)	36 (16.51)	34 (15.60)	20 (9.17)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร พบว่า ภาพรวมของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.96 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 35.78 คะแนนโดยเฉลี่ย 3.41 ± 0.85 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม (n=218)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	3.67 – 5.00	18	8.26
ระดับปานกลาง	2.34 – 3.66	122	55.96
ระดับไม่ดี	1.00 – 2.33	78	35.78
ภาพรวมระดับพฤติกรรม	3.41 ± 0.85		

เมื่อพิจารณาตามการปฏิบัติตัวแบ่งออกเป็น 5 ระดับมากที่สุด ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน ได้แก่ การบริโภคอาหารถึงสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ ปลากระป๋อง ร้อยละ 31.65 บริโภคผักและผลไม้สด ร้อยละ 41.28 ต้มชา เช่น ชาสมุนไพร ชาเขียว ชาไทย ชาสมุนไพร ร้อยละ 40.83 บริโภคอาหารขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด ลูกอม ร้อยละ 28.90 และบริโภคอาหารขนมไทย เช่น ขนมครก ขนมทองม้วน ขนมตะโก้ ทองหยิบ ทองหยอด ร้อยละ 27.06 การปฏิบัติ 4 - 6 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ บริโภคอาหารรสหวาน ร้อยละ 32.11 รสเค็ม ร้อยละ 30.28 รสเผ็ด ร้อยละ 30.28 บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น หมูติดมัน เบคอน หมูกรอบ ร้อยละ 30.28 บริโภคอาหารประเภทบุฟเฟต์ เช่น ชาบู หมูกระทะ ร้อยละ 29.82 ประเภทฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์ ร้อยละ 26.15 ประเภทอาหารสำเร็จรูป เช่น อาหารพร้อมทาน ร้อยละ 37.61 อาหารกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ ปลากระป๋อง ร้อยละ 31.65 มักเติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น น้ำตาล น้ำปลา ผงชูรส ร้อยละ 38.07 ตีมน้ำอัดลม ร้อยละ 29.36 บริโภคขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด ลูกอม ร้อยละ 28.90 และขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก ขนมปัง พาย ครัวซอง คุกกี้ ร้อยละ 33.49 การปฏิบัติ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การบริโภคอาหารครบทั้ง 3 มื้อต่อวัน ร้อยละ 31.19 ครบทั้ง 5 มื้อ ร้อยละ 28.90 ตรงต่อเวลาทุกมื้อ ร้อยละ 30.28 บริโภคอาหารรสชาติเปรี้ยว ร้อยละ 28.90 เป็นอาหารประเภทหมักหมม ร้อยละ 24.31 และดื่มเครื่องดื่ม



รสหวาน เช่น เฮลบลูบอย ร้อยละ 27.98 ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เคยมีการปฏิบัติเลย ได้แก่ บริโภคผลไม้ปกป้อง ร้อยละ 24.77 ต้มเครื่องที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 24.31 เครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 32.57 และเครื่องดื่มมีส่วนประกอบของกัญชา ร้อยละ 55.05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อคำถามด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (n=218)

ข้อคำถามด้านพฤติกรรม	จำนวน (ร้อยละ)				
	บ่อยมาก	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ในแต่ละวัน (เช้า กลางวัน เย็น)	51 (23.39)	52 (23.85)	68 (31.19)	35 (16.06)	12 (5.50)
2. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	55 (25.23)	66 (30.28)	63 (28.90)	24 (11.01)	10 (4.59)
3. ท่านรับประทานอาหารตรงต่อเวลาทุกมื้อ	42 (19.27)	50 (22.94)	66 (30.28)	38 (17.43)	22 (10.09)
4. ท่านรับประทานอาหารรสหวาน	48 (22.02)	70 (32.11)	51 (23.39)	29 (13.30)	20 9.17)
5. ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม	41 (18.81)	66 (30.28)	61 (27.98)	26 (11.93)	24 (11.01)
6. ท่านรับประทานอาหารรสเปรี้ยว	49 (22.48)	61 (27.98)	63 (28.90)	27 (12.39)	18 (8.26)
7. ท่านรับประทานอาหารรสเผ็ด	68 (31.19)	66 (30.28)	50 (22.94)	27 (12.39)	7 (3.21)
8. ท่านรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น หมูติดมัน เบคอน หมูกรอบ	61 (27.98)	66 (30.28)	53 (24.31)	29 (13.30)	9 (4.13)
9. ท่านรับประทานอาหารประเภทบุฟเฟต์ เช่น ชาบู หมูกระทะ	74 (33.94)	65 (29.82)	37 (16.97)	34 (15.60)	8 (3.67)
10. ท่านรับประทานอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ เฟรนช์ฟรายส์	49 (22.48)	57 (26.15)	45 (20.64)	40 (18.35)	27 (12.39)
11. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น อาหารพร้อมทาน	61 (27.98)	82 (37.61)	47 (21.56)	22 (10.09)	6 (2.75)
12. ท่านรับประทานกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ ปลากระป๋อง	69 (31.65)	69 (31.65)	50 (22.94)	25 (11.47)	5 (2.29)
13. ท่านเติมเครื่องปรุงเพิ่มในอาหาร เช่น น้ำตาล น้ำปลา ผงชูรส	64 (29.36)	83 (38.07)	45 (20.64)	16 (7.34)	10 (4.59)
14. ท่านรับประทานผักและผลไม้สด	90 (41.28)	79 (36.24)	36 (16.51)	12 (5.50)	1 (0.46)
15. ท่านรับประทานผลไม้กระป๋อง	39 (17.89)	37 (16.97)	46 21.10)	42 (19.27)	54 (24.77)
16. ท่านรับประทานอาหารหมักดอง	43 (19.72)	43 (19.72)	53 (24.31)	50 (22.94)	29 (13.30)
17. ท่านดื่มชา เช่น ชาสมุนไพร ชาเขียว ชาไทย ชาดำเย็น	89 (40.83)	76 (34.86)	36 (16.51)	11 (5.05)	6 (2.75)
18. ท่านดื่มกาแฟ เช่น 3in1 อเมริกาโน่ เอสเพรสโซ ลาเต้ มอคค่า คาปูชิโน่	52 (23.85)	43 (19.72)	34 (15.60)	33 (15.14)	56 (25.69)
19. ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวาน เช่น เฮลบลูบอย	40 (18.35)	49 (22.48)	61 (27.98)	38 (17.43)	30 (13.76)
20. ท่านดื่มน้ำอัดลม	61 (27.98)	64 (29.36)	39 (17.89)	34 (15.60)	20 (9.17)
21. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	45 (20.64)	38 (17.43)	45 (20.64)	37 (16.97)	53 (24.31)
22. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	37 (16.97)	35 (16.06)	36 (16.51)	39 (17.89)	71 (32.57)
23. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของกัญชา	29 (13.30)	26 (11.93)	21 (9.63)	22 (12.0)	120 (55.05)
24. ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด ลูกอม	63 (28.90)	63 (28.90)	59 (27.06)	24 (11.01)	9 (4.13)



ตารางที่ 6 ข้อคำถามด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อคำถามด้านพฤติกรรม	จำนวน (ร้อยละ)				
	บ่อยมาก	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
25. ท่านรับประทานขนมเบเกอรี่ เช่น เค้ก ขนมปัง พาย ครัวซอง คุกกี้	62 (28.44)	73 (33.49)	55 (25.23)	20 (9.17)	8 (3.67)
26. ท่านรับประทานขนมไทย เช่น ขนมครก ขนมทองม้วน ขนมตะโก้ ทองหยิบ ทองหยอด	59 (27.06)	55 (25.23)	53 (24.31)	33 (15.14)	18 (8.26)

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($r=-0.320, p<.001$) ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r=0.321, p<.001$) และทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r=-0.400, p<.001$) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม ($n=218$)

ตัวแปร	ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรม
ความรู้	1		
ทัศนคติ	-0.320*	1	
พฤติกรรม	0.321*	-0.400*	1

* p -value<.01

อภิปรายผล

ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษาพบว่า นิสิตส่วนใหญ่มีระดับความรู้การบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 96.33 คะแนนเฉลี่ย 11.27 ± 1.03 สอดคล้องกับการศึกษาของอรชุนา หนูน้อย (2562) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ศูนย์บางคล้า มีระดับความรู้ภาพรวมอยู่ในระดับดี ทั้งการบริโภคอาหารและการเลือกซื้ออาหาร แสดงให้เห็นว่านิสิตของไทยมีแนวโน้มที่จะมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการบริโภคอาหาร แต่ยังคงต้องมีการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่และสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน

นิสิตมีระดับทัศนคติการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.40 คะแนนเฉลี่ย 3.34 ± 0.28 สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐธยาน์ ขาวบัวคำ (2562) พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 มีทัศนคติในการการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความแตกต่างกับการศึกษาของของ อรชุนา หนูน้อย (2562) พบว่าระดับทัศนคติการ



บริโภคอาหารของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ศูนย์บางคล้าอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาในครั้งนี้ ระดับทัศนคติที่นิสิตเห็นด้วยอย่างยิ่ง 3 อันดับแรก คือบริโภคอาหารที่หลากหลายจากอาหารทั้ง 5 หมู่ ทั้ง 3 มื้อ และควรบริโภคอาหารตามธงโภชนาการ จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี ซึ่งในการบริโภคอาหารตามหลักธงโภชนาการ ถือเป็นแนวทางในการบริโภคอาหารของคนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ให้ได้รับอาหารตามหมวดหมู่ที่หลากหลาย และมีปริมาณในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม อีกหนึ่งข้อ คือ ไข่ไก่เป็นแหล่งโปรตีนคุณภาพดีที่สุด นิสิตเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 44.50 ไข่ไก่นั้นเป็นแหล่งโปรตีนที่ดีที่สุด หาซื้อได้ง่าย และมีในทุกฤดูกาล ทั้งเพศชายและเพศหญิงควรได้รับโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และพลังงานโปรตีนเทียบกับพลังงานที่ได้รับอยู่ระหว่างร้อยละ 10-15 ของพลังงานทั้งหมดที่ควรได้รับใน 1 วัน (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2563) ซึ่งโปรตีนมีหน้าที่ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย เสริมสร้างกล้ามเนื้อ เพิ่มภูมิคุ้มกัน และองค์ประกอบของเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย

นิสิตมีพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.96 คะแนนเฉลี่ย 3.41 ± 0.85 สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐยาน ชาบัวคำ (2562) พบว่า ทัศนคติของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1-4 มีพฤติกรรมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักศึกษาแพทย์ อยู่ในระดับปานกลาง (กานต์ ลิ้มศิริสวัสดิ์, กอบธัญ คงธนรัตน์, ณภัทร วงษ์มาตย์ และคณะ, 2564) และพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อที่นิสิตมีการปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน มากกว่าร้อยละ 40 ได้แก่ นิสิตมีการบริโภคผักและผลไม้ จากศึกษาที่ผ่านมา มีการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคผักและผลไม้ โดยการใช้สื่อการเรียนรู้ของวิธิดา สิริทรัพย์เจริญ (2561) พบว่า การใช้สื่อการเรียนรู้ของนักศึกษา บริโภคผักและผลไม้เพิ่มการปฏิบัติบ่อยขึ้น และมีความรู้เกี่ยวกับผักและผลไม้มากขึ้น (ก่อน 10.28 ± 1.76 คะแนน และหลัง 16.02 ± 1.39 คะแนน) ประโยชน์จากผักและผลไม้มีความสำคัญต่อร่างกาย เป็นสารอาหารกลุ่มรองที่ร่างกายต้องการในปริมาณที่น้อยแต่ร่างกายไม่สามารถขาดได้ ช่วยให้งานของระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานอย่างปกติ มีความเกี่ยวกับการทำปฏิกิริยาเคมี เอนไซม์ต่างๆ ในร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร ป้องกันอันตรายจากสารอนุมูลอิสระ และนิสิตดื่มชา ได้แก่ ชาสมุนไพร ชาเขียว ชาไทย ชามะนาว ชาดำเย็น ร้อยละ 40.83 เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและในปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นไทยมีการดื่มชาแฟมากขึ้นวันละ 3 แก้ว ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2560) เนื่องจากปริมาณของน้ำตาล ครีมเทียม และส่วนผสมต่างๆ ในเครื่องดื่มมีปริมาณมาก จึงควรลดและหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มดังกล่าว มั่นอกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ วันละประมาณ 30 นาที เพื่อสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงดี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมบริโภคอาหารของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ผลการศึกษพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมบริโภคอาหารของนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร มีความรู้เกี่ยวกับบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($r = -0.320$, $p < .001$) ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรชума หนูน้อย (2562) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ศูนย์บางคล้าไม่มีความสัมพันธ์



กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อาจหมายความว่า หากนิสิตได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมากขึ้น จะมีแนวโน้มในการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้นเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ความรู้ถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจเลือกอาหาร และจากการศึกษาพบว่า ทักษะเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r=-0.400$, $p<.001$) หากนิสิตมีทัศนคติในเชิงลบเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมาก พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะยิ่งลดลง ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าทัศนคติที่ไม่ดีต่ออาหารที่มีประโยชน์ เช่น มองว่าอาหารสุขภาพไม่อร่อยหรือยุ่งยากในการจัดหา อาจส่งผลต่อการเลือกบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานของมหาวิทยาลัย ควรมีจัดอบรมเน้นกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผ่านช่องทางสื่อโซเชียลต่างๆ ของมหาวิทยาลัย เพื่อพัฒนาทักษะในการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายการศึกษาด้วยกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายขึ้น กลุ่มตัวอย่างจากสถาบันอื่นๆ ให้ได้ผลลัพธ์ที่ครอบคลุมและน่าเชื่อถือมากขึ้น
2. มีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยด้านครอบครัว เพื่อน สภาพแวดล้อมทางสังคม และสื่อต่างๆ ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

เอกสารอ้างอิง

- กานต์ ลิ้มศิริสวัสดิ์, กอบธัญ คงธนรัตน์, ณภัทร วงษ์มาตย์, อธิภัทร กุณทลบุตร, เปรมอนันต์ สิ้นชัยพานิช, อภิวี ตั้งพรธิรักษ์ และคณะ. (2564). พฤติกรรมบริโภคอาหารของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3-5 คณะแพทยศาสตร์
วิชิรพยาบาล. *วารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 64(2), 133-144.
- กรมอนามัย. (2565). *กรมอนามัย เผยแนวโน้มเด็กไทยติดเครื่องดื่มชงรสหวาน เน้นโรงเรียนจัดเครื่องดื่มหวานน้อยเป็นทางเลือกสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news291065/>
- จินตนา วัชรสินธุ์, กิจติยา รัตนมณี และณชนันท์ ชีวานนท์. (2562). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์: รับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของเด็กวัยรุ่น. มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นจาก https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/3549/3/2562_094.pdf
- ธันยัมย์ ฉันทวี, ลลิตา คุณมี และธนาธิป สมศรีรัตน์. (2563). พฤติกรรมบริโภคอาหารเข้าของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา*, 7(2), 95-109.



เอกสารอ้างอิง

- ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ. (2562). ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดต่ออาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. *ราชชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(1), 18-29.
- โรงพยาบาลนครธน. (2563). ภาวะไขมันในเลือดสูงและโรคหัวใจ. สืบค้นจาก <https://www.nakornthon.com>
- โรงพยาบาลวิภาวดี. (2567). ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สืบค้นจาก <https://www.vibhavadi.com>
- มณฑนาวิ เมธาพัฒนา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25(3), 20-29.
- วีรชัย มูลใจ, มาริณี เจ๊ะและ, วิษณุพร สุวรรณประดิษฐ์, ณัฐธิดา กาคำ และสุวัฒน์ ศิริแก่นทราย. (2566). พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติของนักศึกษา มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 12(3), 47-58.
- วิธิดา สิริทรัพย์เจริญ. (2561). การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม โดยใช้สื่อการเรียนรู้. *วารสารจันทรเกษมสาร*, 24(46), 109-123.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *รายงานสถานการณ์เด็กและเยาวชนไทย*. กรุงเทพฯ: สสส.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *การอดอาหารในวัยรุ่น*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=229965>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *เตือนนักนิยมดื่มชา ทั้งชาเขียว-ชาเย็น สีส้มเคราะห์-อ้วน*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=280446>
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2563). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2563*. สืบค้นจาก <https://www.thaidietetics.org/wp-content/uploads/2020/04/dri2563.pdf>
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2567). *รายงานประจำปี สำนักโภชนาการ 2567*. สืบค้นจาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/annualreport>
- สุดคะนึง โรจนชีวาคม. (2562). ทักษะคิดและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลสกลนคร. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 2(3), 32-42.
- อรชума หนูน้อย. (2562). การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ศูนย์บางคล้า. *วารสารราชชนครินทร์*, 16(35), 87-95.
- อรุณ จิรวรรณกุล. (2557). *ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.



เอกสารอ้างอิง

- Bloom, B. S. (1976). *Taxonomy of education objective, Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McK
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2021). Prevalence and correlates of unhealthy dietary behaviours among adolescents in Southeast Asia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1781.
- Siviroj, P., Wungrath, J., & Ongprasert, K. (2024). Associated factors of dietary patterns among adolescents in the rural Northern region of Thailand: A Community-based cross-sectional study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(12), 1215.



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

เยาวลักษณ์ ยิ้มเย็น^{1*}, ชลธิชา ปุติลา¹, ประเชิญ โนรติ¹ และภัชชนก รัตนกรปริดา²

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนภูมิ อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา

²คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

(วันที่รับบทความ: 14 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 23 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 26 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลทางสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้/ตัดสินใจข้อมูลทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง 346 ราย สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาเท่ากับ 0.879 และ 0.809 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน Pearson's correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 มีอายุ 69.3 ± 6.9 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.6 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมระดับดีมาก ร้อยละ 72.0 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับดี ร้อยละ 45.4 ผลการวิเคราะห์แสดงว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.192$, $p<.001$) โดยความรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจทางสุขภาพ การประเมินข้อมูลทางสุขภาพ และการประยุกต์ใช้/ตัดสินใจข้อมูลทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกเช่นเดียวกัน ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรดำเนินการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: เยาวลักษณ์ ยิ้มเย็น; yim.oil30012536@gmail.com



The Association between Health Literacy and Health Care Behaviors of Elderly Patients with Controlled Hypertension

Yaowalak Yimyeun^{1*}, Chonthicha Putila¹, Prachern Noradee¹ and Patchanok Rattanakornpreeda²

¹Rattaphum District Health Office, Songkhla

²Faculty of Science and Technology, Songkhla Rajabhat University

(Received: 14 April 2025; Revised: 23 June 2025; Accepted: 26 June 2025)

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the levels of health literacy and health care behaviors, as well as to explore the relationships between overall health literacy and its specific components-namely, access to health information and services, health comprehension, health information evaluation, and the application/decision-making based on health information-and the health care behaviors of patients with controlled hypertension in Rattaphum District in Songkhla Province. The sample consisted of 346 participants, selected using a stratified sampling method. Data were collected in February 2025. The research instrument was a questionnaire that had been validated for content accuracy by three experts, yielding a content validity index (CVI) of 0.60 or higher. The reliability of the health literacy and health care behavior questionnaires produced Cronbach's alpha coefficients of 0.879 and 0.809, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, specifically Pearson's correlation coefficients.

The results revealed that the majority of participants were female (65.0%) with a mean age of 69.3±6.9 years. Most were married (69.7%) and worked in agriculture (54.6%). Overall, 72.0% of the participants had very good health literacy and 45.4% exhibited good health care behaviors. Analysis showed a statistically significant positive correlation between health literacy and health care behaviors ($r=0.192$, $p<.001$). Specifically, health understanding, health information evaluation, and application/decision-making based on health information were positively correlated with health care behaviors. However, access to health information and services was not correlated with health care behaviors. Therefore, relevant agencies should promote health literacy and health behaviors among patients to support proper health practices among individuals with hypertension.

Keywords: health literacy, hypertension, health behavior, elderly

***Corresponding author:** Yaowalak Yimyeun; yim.oil30012536@gmail.com



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่ความดันในหลอดเลือดสูงเกินไป พบได้บ่อย แต่หากไม่ได้รับการรักษาอาจลุกลามเป็นโรคที่รุนแรงขึ้นได้ (World Health Organization, 2023a) เนื่องจากส่งผลเสียต่อสุขภาพ อวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ สมอง และไต (Centers for Disease Control and Prevention, 2025) เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ ล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม ไตวาย สูญเสียการมองเห็น เป็นต้น (Alabama Public Health, 2021) และมีต้นทุนในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวย ระบบสุขภาพ และเศรษฐกิจสูง (World Health Organization, 2023b)

สถานการณ์ทั่วโลกพบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 ใน 3 คน โดยเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า จาก ค.ศ. 650 ล้านคนในปี ค.ศ. 1990 เป็น 1,300 ล้านคนในปี ค.ศ. 2019 (World Health Organization, 2023c) โดยในปี ค.ศ. 2010 จำนวน 1,390 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.1 อัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ร้อยละ 31.5 สูงกว่าในประเทศที่มีรายได้สูง ร้อยละ 28.5 (Mills et al, 2020) นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อายุ 30-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 54 ได้รับการวินิจฉัย ร้อยละ 42 ได้รับการรักษาและสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 21 (World Health Organization, 2023b)

สำหรับประเทศไทย พบว่าปีงบประมาณ 2558-2567 พบอัตราป่วยจาก 10,756 ต่อแสนประชากรเป็น 16,364 ต่อแสนประชากรในระยะเวลา 10 ปี สะท้อนถึงแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2567) จากผลการสำรวจความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2562-2563 พบความชุก ร้อยละ 25.4 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 ซึ่งมีความชุกร้อยละ 24.7 และความชุกเพิ่มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ โดยพบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และอายุ 80 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 55.0, 67.2 และ 76.8 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2564)

อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา พบว่า ปีงบประมาณ 2565-2567 จำนวน 7,549, 7,810 และ 8,188 คน (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนภูมิ, 2567) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุในปีงบประมาณ 2567 พบว่า อายุ 15-39 ปี 40-49 ปี 50-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 0.9, 7.9, 20.0 และ 46.5 ตามลำดับ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุเช่นเดียวกันกับสถานการณ์ระดับประเทศ ทั้งนี้ผู้สูงอายุจำนวน 11,856 คน เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 5,612 คน คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 47.33 และมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีเป็นลำดับที่ 2 จาก 16 อำเภอของจังหวัดสงขลา เป็นจำนวน 4,986 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 รองจากอำเภอกลองหย่อง จำนวน 2,061 คน คิดเป็นร้อยละ 62.8 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2567)

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวความคิดใหม่ในการส่งเสริมสุขภาพ ถือเป็นกุญแจสำคัญในการให้สุขภาพ (Nutbeam, 2000) ทุกช่วงวัยของบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากได้รับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น (ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, 2561) การมีความรู้ความเข้าใจทำให้ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองเพื่อลดความรุนแรงและ



ภาวะแทรกซ้อนของโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นทักษะสำคัญในการดำเนินชีวิต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) เป็นหัวใจสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยช่วยให้ผู้คน ชุมชน และองค์กรต่างๆ สามารถจัดการกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยกำหนดของโรคได้ และ 1 ใน 5 องค์ประกอบของสำหรับการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการพัฒนาและตอบสนองต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ การวัดหรือประเมินความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างของบุคคล (World Health Organization, 2022)

จากสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในอำเภอรัตนภูมิ มีการดำเนินการเพื่อลดการเกิดโรคด้วยการคัดกรองในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป เมื่อพบกลุ่มเสี่ยงดำเนินการให้ความรู้รายบุคคลร่วมกับจัดทำโครงการปรับเปลี่ยน ลดเสี่ยงลดโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนภูมิ, 2567) ซึ่งยังคงมีช่องว่างของความรู้เพื่อควบคุมโรค จึงนำมาสู่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ตลอดจนเป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และเป็นโอกาสในการพัฒนาสุขภาพบุคคลและยกระดับคุณภาพชีวิตต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลทางสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้/ตัดสินใจ ข้อมูลทางสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ดำเนินการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพประยุกต์จากความรอบรู้ด้านสุขภาพประยุกต์จากแนวคิดของ Sørensen et al (2012) และเพชร ชินสีห์ (2561) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของ ศุภลักษณ์ ทองขาว (2563) พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งเป็น 1) ตัวแปรต้น (Independent Variables) ประกอบด้วย ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจทางสุขภาพ การประเมินข้อมูลทางสุขภาพ และการประยุกต์ใช้/ตัดสินใจข้อมูลทางสุขภาพ และ 2) ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ดังแผนภาพที่ 1



ตัวแปรต้น

ความรู้ด้านสุขภาพ
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2. ความเข้าใจทางสุขภาพ 3. การประเมินข้อมูลทางสุขภาพ 4. การประยุกต์ใช้/ตัดสินใจข้อมูลทางสุขภาพ

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี
1. การรับประทานอาหาร 2. การรับประทานยา 3. การออกกำลังกาย 4. การผ่อนคลายความเครียด 5. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง 6. การมาตรวจตามนัด

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเป็นเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีในอำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา จำนวน 3,448 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2567)

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี คือ มีค่าความดันโลหิตสูงไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท
- 2) เป็นผู้ที่มีการรับรู้สมบุรณ์และสื่อสารภาษาไทยได้
- 3) ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
- 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

- 1) ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลในช่วงดำเนินการวิจัยได้ เช่น การเจ็บป่วย การย้ายที่อยู่

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี อำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูป (Krejcie & Morgan, 1970) ได้



ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 346 คน และสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิตามหมู่บ้านและการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากผู้สูงอายุที่มาตามนัดหมายที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ปรับปรุงจากแบบวัดความรู้ทางสุขภาพของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทยของ พชร ชินส์ (2561) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของ ศุภลักษณ์ ทองขาว (2563) ซึ่งเป็นแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์จากทีมวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคความดันโลหิตสูง ปรับปรุงข้อความคำถามจากงานวิจัยของ พชร ชินส์ (2561) ลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ จำนวน 39 ข้อ โดยการให้คะแนนแบ่งเป็น ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมตามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Wright & Masters, 1982) ดังนี้

< 23.4 คะแนน (น้อยกว่า 60% ของคะแนนเต็ม)	อยู่ในระดับไม่ดี
23.4-27.3 คะแนน (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60- < 70% ของคะแนนเต็ม)	อยู่ในระดับพอใช้
27.4-31.2 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับ 70- < 80% ของคะแนนเต็ม)	อยู่ในระดับดี
31.3-39 คะแนน (มากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของคะแนนเต็ม)	อยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี ปรับปรุงข้อความคำถามจากงานวิจัยของ ศุภลักษณ์ ทองขาว (2563) ลักษณะเป็นคำถามเลือกตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 27 ข้อ มีเกณฑ์การแปลผล คือ

4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอหรือทุกวัน

3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อยครั้ง หรือเกือบทุกวัน (มากกว่าครึ่ง)

2 หมายถึง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้ง หรือบางวันเท่านั้น (น้อยกว่าครึ่ง) หรือไม่สม่ำเสมอต่อเนื่อง

1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพภาพรวม แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามมาตราส่วนประมาณ (Wright & Masters, 1982) ดังนี้ คือ

< 48.6 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม	อยู่ในระดับไม่ดี
48.7-56.7 คะแนน หรือ ≥ 60 - < 70% ของคะแนนเต็ม	อยู่ในระดับพอใช้
56.6-64.8 คะแนน หรือ ≥ 70 - < 80% ของคะแนนเต็ม	อยู่ในระดับดี
64.9-81 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม	อยู่ในระดับดีมาก



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ด้านการจัดการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และด้านสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence หรือ IOC) ของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย ตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach, 1984) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรคความดันโลหิตสูงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.879 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.809

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา

2. ภายหลังจากได้รับการอนุญาต ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อช่วยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ พื้นที่ในการรวบรวมคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงโครงการวิจัย แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ด้วยแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ ใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์สถิติอนุมาน คือ Pearson's correlation coefficient

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้รับการอนุมัติตามเอกสารรับรองเลขที่ 9/2568 ลงวันที่ 30 มกราคม 2568



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 มีอายุ 69.3 ± 6.9 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.7 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 54.6 มีรายได้ในช่วง 0-9,999 บาท ร้อยละ 48.8 ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 83.2 และ 92.8 ตามลำดับ และได้รับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจากแพทย์ ร้อยละ 95.7

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 72.0 เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ด้านที่มีคะแนนในระดับดีมากเรียงตามลำดับคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลทางสุขภาพ ด้านความเข้าใจทางสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้/ตัดสินใจข้อมูลทางสุขภาพ ร้อยละ 79.2, 76.9, 71.1 และ 63.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n=346)

คะแนนรวมที่ได้	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน				
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X}=3.60$, S.D.=0.88)	26 (7.5)	15 (4.3)	31 (9.0)	274 (79.2)
ความเข้าใจทางสุขภาพ ($\bar{X}=3.55$, S.D.=0.79)	11 (3.2)	32 (9.2)	57 (16.5)	246 (71.1)
การประเมินข้อมูลทางสุขภาพ ($\bar{X}=3.56$, S.D.=0.89)	26 (7.5)	17 (4.9)	37 (10.7)	266 (76.9)
การประยุกต์ใช้/ตัดสินใจข้อมูลทางสุขภาพ ($\bar{X}=3.22$, S.D.=1.15)	57 (16.5)	29 (8.4)	39 (11.3)	221 (63.9)
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม				
$\bar{X}=33.79$, S.D.= 4.6, Min.=17, Max.=39	11 (3.2)	21 (6.1)	65 (18.8)	249 (72.0)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับดีมากสูงสุด 3 ลำดับแรก เท่ากับร้อยละ 80.9, 78.0 และ 65.6 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่อยู่ในระดับไม่ดีมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และการออกกำลังกาย ร้อยละ 46.5, 43.6 และ 36.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (n=346)

คะแนนรวมที่ได้	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้าน				
การรับประทานยา ($\bar{X}$ =3.60, S.D.=0.89)	22 (6.4)	29 (8.4)	15 (4.3)	280 (80.9)
การรับประทานอาหาร ($\bar{X}$ =1.76, S.D.=0.81)	161 (46.5)	109 (31.5)	73 (21.1)	3 (0.9)
การออกกำลังกาย ($\bar{X}$ =2.13, S.D.=1.01)	126 (36.4)	81 (23.4)	106 (30.6)	33 (9.5)
การผ่อนคลายความเครียด ($\bar{X}$ =3.32, S.D.=1.04)	36 (10.4)	43 (12.4)	40 (11.6)	227 (65.6)
การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ($\bar{X}$ =2.00, S.D.=1.07)	151 (43.6)	91 (23.6)	56 (16.2)	48 (13.9)
การมาตรวจตามนัด ($\bar{X}$ =3.65, S.D.=0.73)	11 (3.2)	22 (6.4)	43 (12.4)	270 (78.0)
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม				
$\bar{X}$ =56.87, S.D.=6.77, Min.=37, Max.=72	44 (12.7)	21 (6.1)	157 (45.4)	47 (13.6)

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.192$, $p<.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม

ความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p -value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน			
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.058	.284	ไม่พบความสัมพันธ์
ความเข้าใจทางสุขภาพ	0.117	.029*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การประเมินข้อมูลทางสุขภาพ	0.122	.024*	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การประยุกต์ใช้/ตัดสินใจข้อมูลทางสุขภาพ	0.170	.002**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.192	<.001**	มีความสัมพันธ์ทางบวก

* p -value<.05, ** p -value<.01

อภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก และมีความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลทางสุขภาพ ด้านความเข้าใจทางสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้/ตัดสินใจข้อมูลทางสุขภาพระดับดีมาก ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีประสบการณ์



ชีวิตและสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเอง (พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, กัญญาวิณั โมกขาว และอภิสร วังศ์ละ, 2567) ประกอบกับการมีความรู้ความเข้าใจการดูแลสุขภาพจากประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2566) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับดีมาก ร้อยละ 62.3 ตลอดจนความรอบรู้รายด้านซึ่งอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด ร้อยละ 46.8, 44.8, 72.9, 69.9 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม พบว่ามีความแตกต่างจากการศึกษาของ กรรณิการ์ การีสรพร, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ (2562) และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 42.09 และ 56.1 ตามลำดับ (ปราณี ทัดศรี, ปราณีทิพย์ อุจะรัตน์, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ และคณะ, 2566) ส่วนการศึกษาของ นลินี หนูห่วง (2566) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 92.05 นอกจากนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้/ตัดสินใจข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ต่ำ ร้อยละ 16.5 ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อพัฒนาความรอบรู้เพิ่มขึ้น

พฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 45.4 ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เป็นการกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย นำไปสู่ความสามารถของผู้สูงอายุในการสร้างพัฒนาการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพ รู้จักคาดการณ์ ปรับเปลี่ยน และลงมือปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม เกิดพลังความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง อันเป็นคุณสมบัติพื้นฐานในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป (ฐิตินันท์ นาคผู้ และอาจินต์ สงทับ, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ Darvishpour et al (2022) พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ($\bar{X}=116.77$, $S.D.=8.34$) ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในการศึกษารั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับดีมากสูงสุด 3 ลำดับแรก เท่ากับร้อยละ 80.9, 78.0 และ 65.6 ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (2566) มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดการความเครียด ระดับดีมาก 46.8, 93.4 และ 72.9 ตามลำดับ เป็นไปตามแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่บุคคลต้องปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาโรคระยะเริ่มแรก (Levin, 1976) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับไม่ต่ำ ร้อยละ 46.5, 36.4 และ 43.6 สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เกิดปฏิบัติในวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันไม่เหมาะสม พฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้ง 3 ด้านนี้ ต้องใช้ความเข้มงวดในการควบคุมกำกับตนเอง แตกต่างจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด และการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก อาจเป็นเพราะบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขสามารถติดตามการรับประทานยา การปรับลดยา ผ่านการตรวจรักษาในคลินิกหมอครอบครัวของหน่วยบริการปฐมภูมิ เดือนละ 1 ครั้ง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.192$, $p<.01$) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน 5 แห่งของโรงพยาบาลสวรรค์ประชาร



รักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับแปรผันตามความรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (จิราภรณ์ อริยสิทธิ์, 2566) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ พิม สุวรรณิน (2564) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.511, p<.01$) และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Darvishpour et al (2022) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวทำนายความสามารถในการจัดการและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการศึกษาของ กรรณิการ์ การีสรพร, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ (2562) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นไปในทิศทางเดียวกับความเชื่อมโยงของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อวิถีชีวิตที่มีสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรม ความรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ผลลัพธ์ทางคลินิกของค่าความดันโลหิตและการควบคุม ตลอดจนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (Du et al, 2018)

สำหรับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำนั้น สะท้อนว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงด้วย สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Sørensen et al (2012) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และแม้ว่ามีความสัมพันธ์กันแต่เป็นไปในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะความรู้ด้านสุขภาพมีหลายระดับ (Nutbeam, 2000) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นข้อจำกัดของการรับรู้ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรม รวมไปถึงการมีความรู้และเข้าใจแต่ยังขาดการลงมือปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งความเคยชินของพฤติกรรมเดิมมาสู่พฤติกรรมใหม่ต้องใช้ความมุ่งมั่น การควบคุมกำกับตนเอง และความมั่นใจในการปฏิบัติได้ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2568) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ อารณ คำก่อน, สุพัตรา บัวที, อัจฉรา ชัยชาญ และคณะ (2565) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทางบวกระดับต่ำ (Pearson's $r(68)=.32, p<.05$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อาจเพราะการเกิดอุปสรรคต่างๆ ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย (Alyafei A. & Easton-Carr R., 2024) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ สันติภาพ โพธิมา, สุพัฒน์ กองศรีมา, พิรุณธ แสงตรีสุข และคณะ (2567) พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานระดับปานกลาง ($r=0.418, p<.001$) และการศึกษาของ สุภาพร มงคลหมู่ (2564) พบว่าการเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ($r=0.242, p<.01$) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบความรู้ด้านสุขภาพส่งผลลัพธ์พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย (ปาจรา โพธิ์หัง, 2564)



การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหาร การออกแบบแนวทาง นโยบายในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และการควบคุมค่าความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วย
2. ด้านบริการสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขควรดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผ่านการให้ สุขศึกษา การสร้างการเรียนรู้และการสื่อสาร เช่น การสื่อสารและรณรงค์ในชุมชน การใช้สื่อที่หลากหลายและมีความเหมาะสม และกลวิธีการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ การจัดปัจจัยเอื้อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ การกำหนดมาตรการทางสังคม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถพัฒนาต่อเป็นงานวิจัยปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี รวมถึงการศึกษาเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเรื้อรังชนิดอื่น
2. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เปรียบเทียบประสิทธิผลการสร้างเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี และควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี
3. การขยายกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอรัตนภูมิ จังหวัดสงขลา ประจำปีงบประมาณ 2568 และขอขอบคุณหน่วยงาน ผู้ให้ข้อมูลวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ประชาชนรอบรู้สู้โรคไม่ติดต่อ Health Literacy : Together Fight NCDs*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2567 กองโรคไม่ติดต่อ*. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์.
- กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำหรับ อสม.* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.



เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ การีสรรพ, พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น โรคความดันโลหิตสูง. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 25(3), 280-295.
- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนภูมิ. (2567). สรุปผลการดำเนินโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประจำปีงบประมาณ 2567. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนภูมิ.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ จำกัด (มหาชน).
- จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3*, 20(3), 117-123.
- ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: กุญแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(ฉบับพิเศษ), 1-11.
- ฐิตินันท์ นาคผู้ และอาจินต์ สงทับ. (2562). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(1), 48-54.
- นลินี หนูห่วง. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 264-274.
- พชร ชินสีห์. (2561). การพัฒนาแบบวัดความรู้ทางสุขภาพของโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย [วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิม สุวรรณิน. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หน่วยตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ โรงพยาบาลตำรวจ. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 1(2), 10-19.
- พัทธธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, กัญญาวิณัฏ โมกขาว และอภิสราร วงศ์สละ. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี*, 18(1), 36-47.
- ปราณี ทัดศรี, ปรารค์ทิพย์ อุจะรัตน, ขนิษฐา หาญประสิทธิ์คำ, จุฬาลักษณ์ อินทะนิล และกันยนา มีสารภีทัดศรี. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น ความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 5(1), 1-16.
- ปจรา โพธิ์หัง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 29(3), 115-130.



เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2567). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดสงขลา: รายงานมาตรฐาน: ส่งเสริมป้องกัน การเฝ้าระวัง*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/ska>.
- ศุภลักษณ์ ทองขาว. (2563). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยรังสิต.
- วิชัย เอกพลากร. (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- สุภาพร มงคลหนู. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สันติภาพ โพธิมา, สุพัฒน์ กองศรีมา, พิรยุทธ แสงตรีสุข, ณัฐพร นิจธรรมสกุล และภูวนาภ ศรีสุธรรมสุข. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ตำบลสี่อ อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 32(2), 175-185.
- อาภรณ์ คำก้อน, สุพัตรา บัวที, อัจฉรา ชัยชาญ, บุญญภัฏร์ ภูมิภู และกัญจน์นิชา เรืองชัยวิสุข. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(2), 1-16.
- Alabama Public Health. (2021). *Consequences of high blood pressure*. Retrieved from: <https://www.alabamapublichealth.gov/cardio/high-bp-consequences.html>
- Alyafei A. & Easton-Carr R. (2024). *The health belief model of behavior change*. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *High Blood Pressure*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/high-blood-pressure/about/index.html>
- Cronbach L.J. (1984). *Essentials of psychological testing* (4th ed). New York: Harper.
- Darvishpour A., Mansour-ghanaei R. & Mansouri F. (2022). The relationship between health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in older adults with hypertension in the north of Iran. *Health Literacy Research and Practice*, 6(4), e262-e269.
- Du S., Zhou Y., F. Cong, Wang Y., Du X. & Xie R. (2018). Health literacy and health outcomes in hypertension: an integrative review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 301- 309.



เอกสารอ้างอิง

- Krejcie R.V. & Morgan D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Levin L.S. (1976). Self-care an international perspective. *Social Policy*, 7(2), 70-75.
- 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.
- Mills KT., Stefanescu A. & He J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223-237.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 12(80), 1-13.
- World Health Organization. (2022). *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055339>
- World Health Organization. (2023a). *Hypertension*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- World Health Organization. (2023b). *Global report on hypertension: the race against a silent killer*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2023c). *First WHO report details devastating impact of hypertension and ways to stop it*. Retrieved from: <https://www.who.int/thailand/news/detail/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
- Wright B.D. & Masters G.N. (1982). *Rating Scale Analysis*. Chicago: MESA PRESS.



ผลกระทบด้านจิตใจจากประสบการณ์การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

เพ็ญพิชชา แสนสุข¹ อวิรุทธ์ สิงห์กุล² จามรี สอนบุตร² นิรัชรา ลิลละย์กุล³ และอุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์^{2*}

¹ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม จังหวัดพิษณุโลก

(วันที่รับบทความ: 15 เมษายน 2568; วันที่แก้ไข: 19 พฤษภาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 28 พฤษภาคม 2568)

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรามักเผชิญกับผลกระทบทางจิตใจจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อันเนื่องมาจากลักษณะของงานที่ต้องเผชิญกับความเปราะบางของผู้รับบริการและสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีข้อจำกัด การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบด้านจิตใจจากประสบการณ์การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ข้อมูลถูกรวบรวมผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ(พี่เลี้ยง) จำนวน 9 ราย ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการเจาะจง เก็บข้อมูลจนกระทั่งข้อมูลมีความอิ่มตัว การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหาแบบแก่นสาระ (Thematic analysis) ผลการศึกษา พบว่ามุมมองจากประสบการณ์ที่ส่งผลกระทบด้านจิตใจจากการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา แบ่งออกเป็น 5 แก่นสาระ ประกอบด้วย แก่นสาระที่ 1: เครียด หงุดหงิด เหนื่อย ใจกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แก่นสาระที่ 2: ความรู้สึกไม่ปลอดภัย แก่นสาระที่ 3: รู้สึกผิดเพราะไม่มีเวลาให้ครอบครัว แก่นสาระที่ 4: โดดเดี่ยว สัมพันธภาพที่ลดลง และแก่นสาระที่ 5: สะเทือนใจจากเหตุการณ์ที่ต้องรับรู้ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปพิจารณาในการกำหนดแนวทางการวางแผนเชิงกลยุทธ์ และพัฒนานโยบายในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ดูแล, ผู้สูงอายุ, สถานสงเคราะห์

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์; Uraiwan@yala.ac.th



Psychological Impact of Elderly Caregivers Working in Thai Nursing Home: A Phenomenological Study

Phenphitcha Sansuk¹, Awirut Singkun², Jarmmaree Sornboot², Niratchara lillahkul³
and Uraiwan Sirithammaphan^{2*}

¹Regional Health Promotion Center 12, Yala, Department of Health, Ministry of Public Health

²Sirindhorn college of public health, Yala, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

³Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University, Pitsanulok Province

(Received: 15 April 2025; Revised: 19 May 2025; Accepted: 28 May 2025)

Abstract

Caregivers of the elderly in nursing homes often face the psychological impact of their work experience. These effects are primarily due to the nature of the work that faces the vulnerability of service recipients and the limited working environment. This qualitative phenomenological approach was to study the psychological impact of elderly caregivers working in Thai nursing homes. Data were collected between January – March 2025 through semi-structured in-depth interviews. There were purposive nine informants were interviewed until the data was saturated. Thematic analysis was used for data analysis. The results found that five themes were emerged to explore the psychological impacts of elderly caregivers working in the Thai nursing home including: 1) Stress, frustrated, and emotional exhaustion caused by undesirable behaviors of elderly people in the nursing home; 2) Feelings of insecurity; 3) Guilt due to the lack of time for family; 4) Loneliness and diminished interpersonal relationships; and 5) Emotional distress caused by exposure to traumatic events. These findings might be used to provide foundational insights for mental health support to enhance the psychological well-being of caregivers working in Thai nursing homes.

Keyword: caregivers, older adults, nursing home

***Corresponding author:** Uraiwan Sirithammaphan; Uraiwan@yala.ac.th



บทนำ

โครงสร้างประชากรโลกกำลังก้าวเข้าสู่ยุคของ "สังคมผู้สูงอายุ" อย่างชัดเจน โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 1.1 พันล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2593 จะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนถึงผลกระทบเชิงโครงสร้างที่หลายประเทศต้องเผชิญ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือระบบบริการสาธารณสุข ประเทศไทยก็กำลังเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าว จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ (2566) ระบุว่าประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 64 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุประมาณ 13 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20.1 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ การเปลี่ยนผ่านโครงสร้างประชากรเช่นนี้ ส่งผลต่อการจัดสรรทรัพยากรของรัฐ โดยเฉพาะในด้านสาธารณสุข เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และเรื้อรังมากกว่ากลุ่มวัยอื่น (ณัฐวดี ชัยเทพ และ ชิตตะวัน ชนะกุล, 2567)

จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2566) ระบุว่าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงและต้องการผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดถึง 236,627 คน หรือ ร้อยละ 3.2 ของผู้สูงอายุทั้งหมด มีความต้องการบริการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวและระดับสังคมเพิ่มขึ้นตามลำดับ ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบสวัสดิการในรูปแบบสถานสงเคราะห์ ภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) หรือสถานสงเคราะห์คนชรา 12 แห่งทั่วประเทศ ที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุทั้งที่ช่วยเหลือตนเองได้และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์มีบทบาทและภาระหน้าที่ที่หลากหลายและเข้มข้น ทั้งในด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ ป้อนยาอาหาร ทำแผล พาไปพบแพทย์ และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และญาติผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ถึงแม้ว่าการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จะมุ่งเน้นให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ แต่ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลับต้องเผชิญกับผลกระทบจากลักษณะงานที่มีความซับซ้อนและต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเสื่อมถอยของร่างกายแตกต่างกัน จากการศึกษาของจิรนนท์ ปุริมาตย์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์ และคณะ (2562) และปวีร์ ปราโมทย์ศิริ และศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล (2567) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีระดับความเครียดและวิตกกังวลสูง อันเป็นผลมาจากแรงกดดันทางจิตใจที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน เนื่องจากต้องรับมือกับพฤติกรรมและพยาธิสภาพของโรคที่แตกต่างกันในกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้ต้องมีความรู้และประสบการณ์เพียงพอในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย นอกจากนี้ ความเหนื่อยล้าจากการดูแลอย่างต่อเนื่องเนื่องจากปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรในสถานสงเคราะห์คนชรา ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องทำงานเป็นเวลานานเกิน 8 ชั่วโมง/วัน หรือทำงานตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลเอง อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และอาจส่งผลทำให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุลดลงได้

จากประเด็นดังกล่าว ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอาจมีผลต่อการรับรู้ ประสบการณ์ และความรู้สึกของผู้ดูแล ซึ่งอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสถานการณ์และสภาวะอารมณ์ของแต่ละบุคคล (กัญญิกา อยู่สำราญ, 2564; กันตวิษฐ์



จูเปรมปรี และ วัชรดา ตาบุตรวงศ์, 2565) หากปัญหาทางจิตใจของผู้ดูแลเหล่านี้ ไม่ได้รับการเข้าใจอย่างลึกซึ้งและตอบสนองอย่างเหมาะสม อาจสะสมจนก่อให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และสุดท้ายอาจกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุโดยรวม (Liu, Heffernan, & Tan, 2020)

ดังนั้น การศึกษาผลกระทบด้านจิตใจอันเกิดจากประสบการณ์การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จึงเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดแนวทางพัฒนานโยบายและการจัดสวัสดิการที่เหมาะสมเพื่อลดผลกระทบด้านจิตใจต่อบุคลากรที่ปฏิบัติงานในภาคส่วนนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ บุตรหลาน คู่สมรส หรือญาติที่ดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัว ซึ่งกลุ่มผู้ดูแลเหล่านี้ต้องแบกรับภาระทั้งทางร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมาจากภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยไม่ผ่านการฝึกอบรมหรือได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ (กันตวิชัย จูเปรมปรี และ วัชรดา ตาบุตรวงศ์, 2565; ปวีร์ ปราโมทย์ศิริ และ ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล, 2567; พิมลวรรณ บุณนาค, 2565) ส่วนการศึกษาที่มุ่งศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ที่ถือเป็นบุคลากรแนวหน้าในระบบดูแลระยะยาวของรัฐนั้น จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านจิตใจ ที่เกิดจากการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราค่อนข้างน้อย

การศึกษาดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงผลกระทบด้านจิตใจจากประสบการณ์การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความพร้อมในการดูแลตนเองและการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากความไม่พร้อมทางใจ เช่น การเกิดความวิตกกังวล ความเครียด ความเหนื่อยล้าทางใจ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตรวมถึงสุขภาพทางกายได้ และยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบด้านจิตใจจากประสบการณ์การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สะท้อนถึงความรู้สึกที่อยู่ภายในใจ สะท้อนออกมา ในรูปของการบอกเล่าเรื่องราวผ่านประสบการณ์ที่เกิดจากการทำงานการดูแลผู้สูงอายุ และเพื่อเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Edmund Husserl (Husserl, 1936/1970) ซึ่งเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์จากมุมมองของผู้มีประสบการณ์โดยตรง ผ่านการบอกเล่าเรื่องราวจากประสบการณ์ชีวิตจริง การศึกษานี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปใช้กำหนดนโยบายเชิงปฏิบัติและการพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตของบุคลากรในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทการทำงานของผู้ดูแล ช่วยลดภาวะความเครียด ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและคุณภาพบริการดูแลผู้สูงอายุในภาพรวม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลกระทบด้านจิตใจจากประสบการณ์การทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured In-depth Interview) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2568

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์คนชราในประเทศไทย ในปัจจุบันประเทศไทยมีระบบสวัสดิการในรูปแบบสถานสงเคราะห์ ภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยมีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ (ศพส.) ทั้งหมด 12 แห่งทั่วประเทศ จัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับและดูแลผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง โดยผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ในประเทศไทยมีบทบาทและภาระหน้าที่คล้ายคลึงกัน คือการดูแลกิจวัตรประจำวัน ดูแลเรื่องความปลอดภัย เฝ้าระวังอาการผิดปกติ และทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่งในประเทศไทย ซึ่งอยู่ในเขตภาคใต้ มีประสบการณ์ในผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสิ้น 9 ราย คัดเลือกโดยวิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดำเนินการเก็บข้อมูลจนข้อมูลเกิดความอิ่มตัว (Saturated data)

เกณฑ์การคัดเลือก มีดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรือมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช
3. สามารถให้ข้อมูลได้โดยไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร สื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
4. มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
5. ยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้

1. ผู้ที่ขอลถอนตัวหรือยุติการมีส่วนร่วมในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ที่มีโรคหรือมีความเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ที่ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ หรือเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการให้ข้อมูลอย่างสมบูรณ์

เครื่องมือการวิจัย

1. ใช้แบบสัมภาษณ์ (Interview guide) แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured in-depth interview) ซึ่งเป็นการตั้งคำถามแบบปลายเปิด (Open-ended questions) ที่เอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถเล่าเรื่องราว ประสบการณ์ ความรู้สึก และทัศนคติได้อย่างอิสระ โดยไม่ถูกจำกัดด้วยกรอบคำถามที่ตายตัว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเตรียมไว้ล่วงหน้า เป็นแนวคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา โดยมีรูปแบบการสัมภาษณ์จำนวน 3 แบบ โดย มีการเก็บข้อมูลเป็น 2 ตอน คือ



ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา โรคประจำตัว สิทธิการรักษา อายุการทำงาน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ประกอบด้วย คำถามเชิงบรรยาย (Descriptive questions) เช่น “ท่านได้เข้ามาเป็นผู้ดูแลได้อย่างไร?” คำถามเชิงโครงสร้าง (Structural questions) เช่น ท่านบอกว่า “การทำงานที่นี้ทำให้มุมมองต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เปลี่ยนไปอย่างไร ช่วยอธิบายได้ไหมคะ” และคำถามเชิงเปรียบเทียบ (Contrast questions) เช่น “ท่านบอกว่าทำงานที่นี้มีทั้งความสุขและความทุกข์ ท่านคิดว่าสิ่งใดมากกว่ากันคะ?”

2. อุปกรณ์การเก็บข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง และอุปกรณ์สำหรับจดบันทึกเช่น สมุดจด ปากกา ในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เนื่องจากผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดของการวิจัยเชิงคุณภาพ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จึงใช้วิธีการศึกษานำร่อง (Pilot study) โดยทำการฝึกสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 3 ราย ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายหลัก เพื่อฝึกฝนทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึก ประเมินระยะเวลาการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความสอดคล้องของแนวคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย หลังจากการสัมภาษณ์นำร่อง ผู้วิจัยได้นำไฟล์เสียงรวมถึงบทสนทนานำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ทั้ง 2 ท่านร่วมกันพิจารณาเพื่อให้ข้อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงการสัมภาษณ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของเครื่องมือให้ดีขึ้น

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) (Denzin, 1978) โดยเลือกใช้ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data source triangulation) ใช้วิธีการเปรียบเทียบและตรวจสอบ (Cross-check) ความสอดคล้องของข้อมูล (Consistency) เป็นการตรวจสอบโดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าข้อมูลต่างเวลากัน จะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Method triangulation) เป็นการตรวจสอบโดยพิจารณาจากการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกันเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกควบคู่กับสังเกตพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูล เช่น สีหน้า ท่าทาง และอารมณ์ ซึ่งถือเป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่หลายมิติของประสบการณ์ช่วยสะท้อนความจริงของปรากฏการณ์ได้แม่นยำยิ่งขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ควบคู่กับการสังเกตประกอบการสัมภาษณ์ที่ทำงานของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างดำเนินการดังนี้



1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัยจากอธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุในฐานะหน่วยงานที่กำกับดูแลสถานสงเคราะห์คนชรา
2. จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพื่อแนะนำผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เพื่อให้สามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ทำได้
3. ผู้วิจัยได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนด และก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างละเอียด เปิดโอกาสให้สอบถาม และใช้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2568 รวมระยะเวลา 3 เดือน โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) บันทึกการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องอัดเสียง และจัดเก็บข้อมูลในรูปไฟล์เสียง จากนั้นจึงถอดเทป และนำบทสนทนา (Transcripts) มาวิเคราะห์ข้อมูล ผลการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 9 ราย ข้อมูลการสัมภาษณ์สามารถบันทึกเสียงได้ 18 ไฟล์เสียง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายบุคคลอยู่ในช่วง 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 5 นาที ทั้งนี้จำนวนของผู้ให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เมื่อข้อมูลอิ่มตัวแล้วจึงยุติการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ในส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ส่วนการวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ (Transcription) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบแก่นสาระ (Thematic analysis) เน้นการหาความหมายและตีความข้อมูลอย่างลึกซึ้งจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของโคไลซซี่ (Colaizzi, 1978) โดยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่ละรายในขณะเก็บข้อมูล การเก็บข้อมูลจะมีการตรวจสอบข้อมูลไปพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ผู้วิจัยได้รู้ว่าข้อมูลนั้นมีความหลากหลาย อิมตัว และตอบคำถามการวิจัยได้หรือไม่ ภายหลังการเก็บข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องเพื่อให้ได้ประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ โครงการได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา (รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2567/455) รับรองวันที่ 25 ธันวาคม 2568 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใดๆ กับผู้ให้ข้อมูล



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 อายุอยู่ในช่วง อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 44.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.8 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงปลาย และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) หรืออนุปริญญา ร้อยละ 33.3 ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในกลุ่มรายได้มากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 55.6 สำหรับ ตำแหน่งการจ้างงานเป็นพนักงานราชการและลูกจ้างชั่วคราว อย่างละ 4 ราย ร้อยละ 44.4 และมีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 77.8 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (n=9)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	22.2
หญิง	7	77.8
อายุ		
20-29 ปี	2	22.2
40-49 ปี	4	44.4
50-59 ปี	3	33.3
สถานภาพสมรส		
โสด	2	22.2
สมรส	7	77.8
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	22.2
มัธยมศึกษาตอนต้น-ปลาย	3	33.3
ปวส. / อนุปริญญา	3	33.3
ปริญญาตรี	1	11.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 10,000	4	44.4
≥10,000	5	55.6
ตำแหน่ง		
ลูกจ้างประจำ	1	11.1
ลูกจ้างชั่วคราว	4	44.4
พนักงานราชการ	4	44.4



ส่วนที่ 2 แก่นสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางใจจากการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดประสบการณ์ผ่านคำพูดรวมถึงการแสดงสีหน้าท่าทาง ผู้วิจัยได้ตีความบทสนทนาจัดกลุ่มคำสำคัญ สรุปได้ 5 แก่นสาระ ประกอบด้วย แก่นสาระที่ 1: เครียด หงุดหงิด เหนื่อยใจกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ แก่นสาระที่ 2: ความรู้สึกไม่ปลอดภัย แก่นสาระที่ 3: รู้สึกผิดเพราะไม่มีเวลาให้ครอบครัว แก่นสาระที่ 4: โดดเดี่ยว สัมพันธภาพที่ลดลง และแก่นสาระที่ 5: สะเทือนใจจากเหตุการณ์ที่ต้องรับรู้ ดังรายละเอียด ดังนี้

แก่นสาระที่ 1: เครียด หงุดหงิด เหนื่อยใจกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์

ในสถานสงเคราะห์คนชรา อาจมีผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกละเมิดสิทธิ ถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มเปราะบาง มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงโรคทางจิตเวชได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุทั่วไปและอาจแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ผู้สูงอายุบางส่วนอาจมีโรคเรื้อรังหรือภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องการการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง บางครั้งอาจแสดงพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ เช่น ก้าวร้าว หลงลืม พูดซ้ำ ต่อต้าน เป็นต้น นอกจากนี้ การปรับตัวของผู้สูงอายุในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากบ้าน การที่ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุด้วยกันเอง ก็อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในรูปแบบต่างๆ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่แสดงออกมาหลากหลายรูปแบบ อาจเป็นผลให้เกิด “ความเครียด” “หงุดหงิด” และ “เหนื่อยใจ” เนื่องจากต้องรับมือกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุเหล่านี้ ดังตัวอย่างคำพูด

“ปัญหาที่เจอทุกวัน ก็คือผู้สูงอายุที่นี้ต่างคนต่างมีมาต่างปัญหา เวลาเอาคนต่างคนมาอยู่ด้วยกัน มันก็จะมีปัญหาในด้านการปรับตัว การทะเลาะวิวาทต่อยกันเป็นประจำ บางคนการลักขโมย บางคนนินทาเพื่อนและผู้ดูแล ไวยวายเสียงดัง มีขี้สาดด้วยนะ ต้องจับแยก เจอทุกวัน เป็นปัญหาทุกวัน เครียด มันทำให้ปวดหัวทุกวัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่นี้เริ่มกินยาจิตเวช บางเคสนอกจากจะไวยวาย คลุ้มคลั่งทำร้ายร่างกายคนอื่น ทะเลาะกันเองแล้ว ยังมีพวกชอบเก็บเศษอาหารที่เหลือของคนอื่นๆไว้กินที่หลัง พอเราไปเก็บทิ้ง เราก็บอกเขาว่ามันเหม็นนะ ที่นี้ก็เกิดความไม่พอใจ เขาก็จะร้องเพลงหยาบๆด่าพ่อแม่ สบแช่ง ผู้ดูแล แต่ก็มีการตอบโต้แกลไปบ้าง มันโกรธนะเขาจริงๆ ยอมรับเลยว่าทั้งปวดหัวมากกับคนแบบนี้ มันโดนบ่อยมาก จนที่บ้านก็มีบอกว่า เราดูขี้หงุดหงิดนะบางที” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“เพราะที่นี้ต่างคนต่างมา มันก็มีเคลสจิตเวช มาเยอะมาก มีเปิดของลับโซวคนอื่น บางทีเขามาไวยวายใส่ เถียงหรือเอาของสะสมของสภปรกไว้ในห้อง พี่ไปจัดการเก็บกวาดนะ พูดจาหยาบคายใส่พี่เลี้ยง เขาก็จะเสียงดังไวยวาย พี่ก็จะขึ้นเสียงใส่เขาบ้าง มันน่าหงุดหงิดนะ เพี้ยทางจิตก็แล้ว อะไรก็แล้ว ปวดหัวมากอะแบบนี้ จัดการทุกวิธีแล้วแกลก็ไม่ดีขึ้นเลย รู้ไหม อิทธิฤทธิ์แกถึงขั้นไปฟ้องหัวหน้าศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.) ฟ้องผู้อำนวยการ (ผอ.) ได้เลยนะ ไม่รู้แกทำได้ยังงัย เหนื่อยใจกับแกลมาก พอเห็นหน้าปั๊บ พี่ก็เสียงๆแกลเลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6)



แก่นสาระที่ 2: ความรู้สึกไม่ปลอดภัย

สืบเนื่องจากแก่นสาระที่ 1 ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นกลุ่มเปราะบาง มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงโรคทางจิตเวชได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุทั่วไปและอาจแสดงออกทางพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งบางพฤติกรรมอาจมีความรุนแรงจนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ ลักษณะของพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ “ไม่ปลอดภัย” จากประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรุนแรงโดยที่ไม่สามารถคาดเดาล่วงหน้าได้ ดังตัวอย่างคำพูด

“เวลาที่ผู้สูงอายุโวยวาย ส่วนมากเป็นเคสจิตเวช กัดใจ ถ้าอยู่ ๆ เขาเอาไม้มาตีหัวจะทำยังงัย เลยต้องระมัดระวังตัวกับเคสจิตเวชมากเป็นพิเศษค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 5)

“ยาที่แจกเยอะที่สุดก็คือพวดยาจิตเวช เพื่อลดความวุ่นวาย บ้างคนไม่หลับไม่นอน เดินไปเดินมา เอาไม้ไปตีหัวคนอื่น หูแว่วคิดว่าคนข้างๆ คำ วุ่นวายคนอื่น บ้างคนก็มีปิ่นเตี้ยขึ้นลง สร้างความกังวลให้พี่เลี้ยงมากคะ บางครั้งรู้สึกไม่ปลอดภัย พี่เลี้ยงต้องคอยสังเกตอาการ แก้ปัญหาตลอด เวลาอยู่เวร 24 ชม เพลียมาก” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

แก่นสาระที่ 3: รู้สึกผิดเพราะไม่มีเวลาให้ครอบครัว

งานผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นงานที่ต้องใช้ทั้งร่างกายและแรงใจ เนื่องจากเป็นงานหนักจากการที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานมีความยาวนานมากกว่า 10 ชั่วโมง (ปฏิบัติงานตั้งแต่ 06.00 - 17.00 น.) หลังเลิกงานผู้ดูแลอาจหมดแรงและต้องการพักผ่อน รวมถึงบางครั้งอาจต้องปฏิบัติงานในวันหยุด ทำให้ไม่สามารถใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิดได้เท่าที่ควร ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผิดจากการที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัว ดังตัวอย่างคำพูด

“ด้วยวัยของพี่ก็ยากให้เวลากับครอบครัว แต่ก่อนไม่ค่อยได้ให้เวลากับพวกเขา ก็รู้สึกผิดอยู่นะ วันหยุดยาวก็ไม่ค่อยได้อยู่ด้วยกัน เสียเวลาหลายๆเลย มัวแต่ทำงาน นึกๆไปก็เสียเวลาที่จะให้ครอบครัวเหมือนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“บางทีพี่ก็คิดว่าเราใช้เวลากับทางนี้มากเกินไปรีป่าวเพราะพี่ไม่มีเวลาได้ดูแลครอบครัวของพี่ พี่ก็ต้องให้ครอบครัวเข้าใจว่าเราทำงาน บ้างทีน้องของพี่ที่เป็นคนดูแลหลัก เขาก็มีมาทักบ้างว่าเมื่อไรเธอจะกลับมาดูพ่อแม่บ้าง ช่วงนี้เธอกลับมาบ้านได้ไหม แล้ววันหยุดยาวนี้เธอจะกลับบ้านได้หรือเปล่า ไม่ใช่แค่ครอบครัวของฝั่งแม่พี่นะ ลูกและสามี เขาก็ถามว่าพอจะมีเวลาวันหยุดยาวแล้วไปเที่ยวกับเขาได้ไหม พี่สงสารทั้งตัวพี่ที่ไม่มีเวลาให้ตัวเอง กับครอบครัวของทั้งฝั่งพี่และสามี ก็รู้สึกว่าตัวเองผิดที่ไม่มีเวลาให้ใครเลย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

แก่นสาระที่ 4: โดดเดี่ยว สัมพันธภาพที่ลดลง

สืบเนื่องจากแก่นสาระที่ 3 จากการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเกิน 10 ชั่วโมง บางครั้งอาจต้องปฏิบัติงานในวันหยุด ทำให้ไม่มีเวลาให้กับครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิดได้เท่าที่ควร นอกจากความรู้สึกผิดจากการที่ไม่มีเวลาให้ครอบครัวแล้ว สัมพันธภาพในครอบครัวและคนรอบข้างก็อาจลดลงด้วย ทำให้บางครั้ง



ผู้ให้ข้อมูลอาจรู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนี้ ผลกระทบอาจเพิ่มมากขึ้นหากเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดอันสืบเนื่องจากข้อจำกัดที่เกิดจากการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างคำพูด

“ตอนทำงานที่นี้แรกๆก็มีทะเลาะกับคนที่บ้านนะครับ จากวันหยุดของเราที่นี้แหละที่ไม่ค่อยตรงกัน ที่บ้านบ่นว่า มัวแต่ทำงาน จนจะไม่มีญาติคบอยู่แล้ว จากนั้น ก็เป็นเพื่อน จากแต่ก่อนที่ได้ไปเที่ยวด้วยกัน แต่ตอนนี้ เพื่อนก็จะเจอแต่ในเฟส line IG เท่านั้นแหละครับ มันก็นึกๆนะ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีใคร ชีวิตวัยรุ่นจบลงแล้ว” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8)

“เราก็ไม่เคยได้หยุดเหมือนชาวบ้านหรอกนะ จนที่บ้านพี่ ก็มีโรค น้อยใจ รู้สึกว่าตัวเองโดดเดี่ยว ตัวคนเดียว พี่นะเสียโอกาสที่จะพาลูก พ่อ แม่ ไปเที่ยว ไม่มีเวลารอบครัวเลย และพี่ไม่เคยไปบ้านครอบครัวแฟนพี่ที่..... คบกันหลายปีแล้วยังไม่เคยได้ไปเลย แต่ดีที่เขาเข้าใจว่ามันเป็นงานและเราก็ลาไม่ได้ พี่ก็เซ็งนะบางที เราก็อยากจะหยุดไปหาญาติเราบ้าง” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

แก่นสาระที่ 5: สะท้อนใจจากเหตุการณ์ที่ต้องรับรู้

ผู้สูงอายุหลายรายที่เข้ามาอยู่สถานสงเคราะห์คนชรา นอกจากจะมีภูมิหลังหรือเหตุการณ์รุนแรงอันส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจแล้ว ในขณะที่อยู่สถานสงเคราะห์อาจมีเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นจนส่งผลกระทบต่อจิตใจหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุ สิ่งเหล่านี้อยู่ในสายตาและการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ บางเหตุการณ์อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความสะเทือนใจจากความผูกพันหรือความสงสารที่มีต่อผู้สูงอายุ จนสุดท้ายอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ ดังตัวอย่างคำพูด

“สิ่งที่ทำให้อยู่ตรงนี้ก็คือความสงสาร แต่ก่อนที่จะทำงานตรงนี้พี่ไม่ใช่แบบนี้ พอได้มาทำงานที่นี้ พี่รู้สึกสะเทือนใจ พอได้รู้ว่าคนที่อยู่ที่นี่แต่ละคนต้องเจออะไรมาบ้าง แล้วก็ถึงพ่อแม่ตัวเอง ที่ตรงนี้พี่ทำทุกอย่างนะ ขนาดพ่อแม่พี่ พี่ยังไม่ทำให้ขนาดนี้” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 1)

“สภาพที่เห็นเรื่อนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่เขาติดเตียง ยิ่งมาเห็นสภาพแบบ ติดเตียงมาแล้วเนี่ย ก็เลยคิดว่าทำไมได้ก็ต้องทำแล้ว สงสารมาก เห็นสภาพเวลานอนจมขี้เยี่ยวแล้วสะเทือนใจ พอยิ่งทำไปนานๆ ก็ยิ่งรู้สึกว่าเขาคือคนในครอบครัวเรา แบบว่ารักนั้น (น้ำตาไหล) ขอโทษนะ พอพูดถึงเรื่องนี้แล้วแบบ น้ำตามันไหลง่าย” (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4)

อภิปรายผล

สถานสงเคราะห์คนชราหรือบ้านพักผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีบทบาทสำคัญในการรองรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน เช่น ผู้สูงอายุที่ยากไร้ ไม่มีที่อยู่อาศัย ประสบปัญหาการดูแลจากครอบครัว ถูกครอบครัวทอดทิ้ง หรือไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอาจมีภาวะเครียดจากการปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมใหม่ซึ่งแตกต่างไปจากเดิมที่เคยอาศัยอยู่กับครอบครัว และเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีแนวโน้มในการเกิดปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงโรคทางจิตเวชได้ง่ายกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมของสถานสงเคราะห์คนชรานั้นมีลักษณะแตกต่างจากการอยู่ที่บ้าน ผู้สูงอายุต้องอาศัยอยู่ร่วมกันทำให้รู้สึกขาดความเป็นส่วนตัว และอาจต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุด้วยกันเอง



สภาพแวดล้อมเหล่านี้อาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในรูปแบบต่างๆ จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 41.5 (Tosangwarn, Clissett, & Blake, 2018)

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ต้องเผชิญกับผลกระทบทางจิตใจอย่างต่อเนื่องจากลักษณะงานที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรคสมองเสื่อม หรือปัญหาพฤติกรรม ส่งผลให้ผู้ดูแลเผชิญกับความรู้สึก “เครียด หงุดหงิด เหนื่อยใจ” ต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นถูกทำร้ายร่างกายหรือ ต่ำทอ (Pinyopornpanish, Niwattanakul, Saranrittichai, & Pinyopornpanish, 2022) ประเด็นนี้ สอดคล้องกับ ปวีร์ ปราโมทย์ศิริ และ ศิรสา เรื่องฤทธิ์ชาญกุล (2566) และ แสงสุรีย์ ธรรมลาภ (2564) ที่พบว่า การเผชิญกับความรุนแรงทางวาจาหรือร่างกายจากผู้สูงอายุสามารถนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง หรือภาวะ Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) ได้นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่า ผู้ดูแลบางรายรู้สึกไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะช่วงเวลาที่มิมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ซึ่ง สอดคล้องกับผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ยืนยันว่าความรู้สึกไม่ปลอดภัยเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดความวิตกกังวลและหมดไฟจากการทำงาน (Liu et al., 2020) ประเด็นด้านเวลาและภาระหน้าที่เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ ผู้ดูแลจำนวนมากทำงานต่อเนื่องมากกว่า 10 ชั่วโมง/วัน และไม่มีวันหยุดในช่วงเทศกาล ส่งผลให้ไม่สามารถใช้เวลาอยู่กับครอบครัว หรือมีเวลาส่วนตัวได้ นำไปสู่ความรู้สึก “รู้สึกผิด” และ “โดดเดี่ยว” ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Blanco-Donoso, Moreno-Jiménez, Gallego-Alberto, Amutio, & Garrosa (2021) ที่ชี้ว่า ความรู้สึกผิดจากการละเลยครอบครัวสามารถส่งผลต่อภาวะเครียดสะสม และสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในระยะยาว อีกหนึ่งประเด็นสำคัญคือ ความสะเทือนใจของผู้ดูแลที่เกิดจากการรับรู้ประวัติชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การถูกทอดทิ้ง การอยู่คนเดียวแบบไม่มีญาติ ซึ่งผู้ดูแลบางรายสะท้อนความรู้สึก สงสาร ห่วงใย หรือผูกพันทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตตนเองได้ (Tosangwarn et al., 2018) โดยเฉพาะผู้ที่มิได้ระบายความรู้สึกหรือขาดระบบสนับสนุนบริการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์ที่ประกอบด้วย “ความรู้สึกไม่ปลอดภัย” “เครียด หงุดหงิด เหนื่อยใจ” “รู้สึกผิด” “โดดเดี่ยว” และ “สะเทือนใจ” ล้วนเป็นปัจจัยที่สะสมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและอาจนำไปสู่ ภาวะหมดไฟ หรือ การตัดสินใจ ลาออกจากงาน ได้ในระยะยาว

ดังนั้นการหาแนวทางหรือกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา นอกจากการสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุโดยการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สุธิดา แจ่มประจักษ์, 2563) การสร้างกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาหรือสิ่งที่ไม่คาดคิด (Coping strategies) ที่อาจเกิดขึ้นในสถานสงเคราะห์คนชรา จะช่วยลดผลกระทบทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นในขณะที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุได้แล่นั้น (อนุจิตร คุณารักษ์, 2561) การหาแนวทางหรือการส่งเสริมให้ตัวผู้สูงอายุเองรู้วิธีการรับมือกับปัญหา หรือรู้จักการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ก็มี ส่วนในการช่วยส่งเสริมสุขภาพทางจิตทั้งตัวของผู้สูงอายุเองและยังช่วยลดผลกระทบทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ดูแล ผู้สูงอายุอีกด้วย (León-Navarrete et al., 2017)



การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. การนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย (Policy development) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้หน่วยงานหน่วยงานภาครัฐ เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เพื่อนำไปพิจารณาในการกำหนด แนวทางการวางแผนเชิงกลยุทธ์ และพัฒนานโยบายในการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจของผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืน
2. การใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติ (Practical applications) ของ กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิชาการ สถาบันการศึกษา โรงพยาบาลรัฐ สถานสงเคราะห์ ศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ และสถานดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรอบรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและทักษะในการรับมือกับสถานการณ์ที่ซับซ้อน
3. ด้านการวิจัย สถาบันการศึกษา นักวิชาการ นักวิจัยในสาขา การพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ สามารถใช้ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) รวมถึงการพัฒนาระบบสนับสนุนในระยะยาวให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทางจิตสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์คนชราโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในกระบวนการพัฒนาโปรแกรม เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบริบทการทำงาน
2. ศึกษาปัจจัยเชิงบวกที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพทางจิตของผู้ดูแลหรือปัจจัยสนับสนุนที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราสามารถรับมือกับผลกระทบด้านจิตใจได้มากขึ้น
3. ศึกษาความแตกต่างของผลกระทบทางจิตใจระหว่างผู้ดูแลในสถานสงเคราะห์ของรัฐกับสถานดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน เพื่อเปรียบเทียบลักษณะงาน ภาระหน้าที่ และระบบสนับสนุนที่มีต่อสุขภาพจิตใจ
4. การศึกษาเชิงคุณภาพมุมมองของผู้บริหารกับการบริหารจัดการบุคลากรผู้ดูแล เพื่อเข้าใจการจัดสวัสดิการภายในองค์กร และพัฒนาแนวทางเชิงระบบที่เอื้อต่อสุขภาพของผู้ดูแลในระยะยาว
5. ควรขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมในหลากหลายภูมิภาค เช่น ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก เชียงเหนือ และกรุงเทพมหานคร เพื่อเปรียบเทียบบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพทางจิตของผู้ดูแล และเพิ่มความครอบคลุมของผลวิจัยในระดับประเทศ

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). คู่มือการดำเนินงานศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สืบค้นจาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1629800005-943_0.pdf



เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). รายงานสถิติผู้สูงอายุประเทศไทย. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สืบค้นจาก <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ และอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2566. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/1/2388>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานมาตรฐาน: รายงานสถานการณ์สุขภาพ. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51>
- กัญนิกา อยู่สำราญ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดของผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล]. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/250517>
- กันตวิชัย จูเปรมปรี และ วัชรดา ตาบุตรวงศ์. (2565). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้าน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์, 14(1), 191-205.
- จิรนนท์ ปริมาตย์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิตกุลตั้ง, และกรวรรณ ยอดไม้. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(4), 610-618.
- ณัฐวดี ชัยเทพ และ ชิตตะวัน ชนะกุล. (2567). ผลกระทบสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยต่อการใช้จ่ายรัฐบาลในด้านสาธารณสุข. วารสารสังคมศาสตร์ปัญญาพัฒนา, 6(3), 159-174.
- ปวีร์ ปราโมทย์ศิริ และ ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล. (2566). ผลกระทบทางจิตใจของพนักงานดูแลผู้สูงอายุที่เคยประสบกับความรุนแรง. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 15(2), 91-102.
- ปวีร์ ปราโมทย์ศิริ, และ ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล. (2567). บทความพื้นฐานวิชาการภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ. เวชสารแพทย์ทหารบก, 77(1), 57-63.
- พิมลวรรณ บุณนาค. (2565). ประสบการณ์การฟื้นคืนได้ของญาติผู้ดูแลที่ฝึกเจริญสติพื้นฐาน 4 และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. สืบค้นจาก <https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/82270>
- ราชกิจจานุเบกษา. (2546). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก. สืบค้นจาก <http://www.ratchakitcha.soc.go.th>
- สุธิดา แจ่มประจักษ์. (2563). กระบวนการทัศนคติในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสวัสดิการสังคม. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 8(4), 1567-1580.



เอกสารอ้างอิง

- แสงสุรีย์ ธรรมลาภ. (2564). ความเครียดและความรู้สึกไม่ปลอดภัยของผู้ดูแลในสถานดูแลผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในภาคเอกชน. *วารสารพยาบาลชุมชน*, 29(1), 55-67.
- อุ้นจิตร คุณารักษ์. (2561). ความเครียด ภาระการดูแล และความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 12(1), 36-47.
- Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, J., Gallego-Alberto, L., Amutio, A., & Garrosa, E. (2021). Satisfied as professionals, but also exhausted and worried!!!: The role of job demands, resources and emotional experiences of Spanish nursing home workers during the COVID-19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3600–e3611. <https://doi.org/10.1111/hsc.13422>
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press.
- Denzin, N. K. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Husserl, E. (1936/1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology* (D. Carr, Trans.). Evanston, IL: Northwestern University Press.
- León-Navarrete, M. M., Flores-Villavicencio, M. E., Mendoza-Ruvalcaba, N., Colunga-Rodríguez, C., Salazar-Garza, M. L., Sarabia-López, L. E., & Albán-Pérez, G. G. (2017). *Coping strategies and quality of life in elderly population*. *Open Journal of Social Sciences*, 5(4), 207-216.
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Pinyopornpanish, K., Niwattanakul, K., Saranrittichai, K., & Pinyopornpanish, M. (2022). The experiences of formal caregivers encountering aggression from older adults with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 48(2), 34-42. Retrieved from <https://doi.org/10.3928/00989134-20220104-04>
- Tosangwarn, S., Clissett, P., & Blake, H. (2018). Predictors of depressive symptoms in older adults living in care homes in Thailand. *Archives of psychiatric nursing*, 32(1), 51-56
- World Health Organization. (2024, October 1). Ageing and health [Fact sheet]. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรม เลี่ยงคูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทชายแดนใต้

พนิดา สีสสมศรี¹, ยุซรอ เล้าะแม^{1*}, นาซีพะห์ เจะเลาะ¹, ไพรมาน กาหลง¹ และอัมรุ แวดอเล้าะ¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 15 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 26 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 3 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการเลี่ยงคูบุตรเชิงบวกเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมของเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะในบริบทจังหวัดชายแดนใต้ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและความเสี่ยงด้านพฤติกรรมของเด็ก โปรแกรม Triple-P Positive Parenting Program เป็นโปรแกรมสนับสนุนผู้ปกครองที่ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างทักษะการเลี่ยงคูบุตรเชิงบวก การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง การทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมห่วงการเลี่ยงคูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชายแดนใต้ จำนวน 27 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงมกราคม 2568 ระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรม Triple-P Positive Parenting Program แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามพฤติกรรมเลี่ยงคูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองมีพฤติกรรมเลี่ยงคูบุตรเชิงบวกดีขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 3.06 (S.D.=1.07) เป็น 3.73 (S.D.=0.50) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม (95% CI=0.56-0.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.01) ข้อเสนอแนะผลการวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์ ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้นในบริบทที่แตกต่างกัน และศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของโปรแกรมต่อพฤติกรรมและพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โปรแกรม, การส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวก, ครอบครัวมีส่วนร่วม, เด็กปฐมวัย, บริบทชายแดนใต้

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ยุซรอ เล้าะแม; userow@bcnyala.ac.th



The Effects of the Triple-P Positive Parenting Program on Positive Parenting Behaviors Among Parents of Preschool Children in the Southern Border Provinces of Thailand

Panida Sisomsri¹, Userow Lohmae^{1*}, Nasifah Cheloh¹, Firman Kalong¹ and Amru Waedoloh¹

¹Boromarajonani College of Nursing, Yala, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: 15 May 2025; Revised: 26 June 2025; Accepted: 3 July 2025)

Abstract

Positive parenting behavior is a crucial factor in promoting the emotional and social development of preschool children, particularly in the context of the southern border provinces, which are culturally diverse and have higher behavioral risks among children. The Triple-P Positive Parenting Program is a parenting support program that has been proven to be effective in enhancing positive parenting skills. This study employed a quasi-experimental research design with a one-group, pretest-posttest approach. The objective was to study the effects of the program on positive parenting behaviors among parents of preschool children. The sample consisted of 27 parents of preschool children from a community in a southern border province who selected through purposive sampling, and the research was conducted over 4 weeks between November 2024 and January 2025. The research instruments included the Triple-P Positive Parenting Program, a general information questionnaire, and a Positive Parenting Behavior Questionnaire. Data were analyzed using paired t-test statistics to compare the scores before and after participating in the program. The results showed that parents' positive parenting behaviors significantly improved, with the mean score increasing from 3.06 (S.D.=1.07) to 3.73 (S.D.=0.50) after participating in the program (95% CI=0.56-0.78; p -value<.01). Recommendations from the study suggest that future research should expand the sample to be more diverse and include different contexts and that the study period extended to assess the long-term outcomes of the program on parenting behaviors and the development of preschool children.

Keywords: program, triple-p positive parenting program, family engagement, early childhood, southern border provinces context

***Corresponding author:** Userow Lohmae; userow@bcnyala.ac.th



บทนำ

เด็กที่มีพื้นฐานทางอารมณ์และสังคมที่เข้มแข็งย่อมเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการเผชิญกับความท้าทายและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงวัยปฐมวัยซึ่งเป็นช่วงสำคัญของการวางรากฐานพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565) การส่งเสริมทักษะด้านอารมณ์ (EQ) ทักษะการคิดแก้ปัญหา และทักษะการควบคุมอารมณ์ตั้งแต่ปฐมวัยมีบทบาทสำคัญต่อการเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ (นิพัทธา สังข์ชัย และเนรัญชลา จารุจิตร, 2564) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าเด็กปฐมวัยจำนวนมากยังมีปัญหาทักษะการคิดเชิงบริหาร (Executive Function: EF) โดยร้อยละ 28.32 มีคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (นวลจันทร์ จุฑาภักติกุล, 2560) และร้อยละ 30 มีปัญหา EF อย่างชัดเจนหรือน้อย โดยเด็กปฐมวัยร้อยละ 38.78 มีพัฒนาการ EF ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนา EF เพื่อเพิ่มความพร้อมในการเรียนรู้และการปรับตัวในอนาคต (ปาริชาติ อาษาธง และทองมี ผลาผล, 2565)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการทางอารมณ์และพฤติกรรมของเด็ก คือ การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง โดยเฉพาะในบริบทของครอบครัวที่มีความซับซ้อน เช่น ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง หรือผู้ปกครองที่มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเชิงลบ ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงของเด็ก อาทิ การควบคุมอารมณ์ไม่ได้ พฤติกรรมก้าวร้าว และขาดทักษะทางสังคม (ณฐมน สีธิแก้ว, ศลิษา โกดีย์, เกศมณี มูลปานันท์ และคณะ, 2565; มัทรี คอดริงตัน, จุฑามาศ โชติบาง และอัจฉราพร ศรีภูษณาพรหม, 2564) การเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting) ซึ่งเน้นการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยไม่ใช้ความรุนแรงและส่งเสริมทักษะทางสังคมและชีวิตที่สำคัญ ได้รับการพิสูจน์ว่าเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน (กรมสุขภาพจิต, 2565) ทั้งนี้แนวคิดวินัยเชิงบวก (Positive Discipline) ได้รับการนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมต่าง ๆ ที่ช่วยสร้างเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของเด็ก (นัฏฐ์ตุนข จรครบุรีธนาตุล, ทนง ทองภูเบศร์, และชินวงศ์ ศรีงาม, 2567; พิชมัย แข็งแรง, 2567)

โปรแกรม Triple-P Positive Parenting Program เป็นอีกหนึ่งโปรแกรมที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ว่าเป็นโปรแกรมการเลี้ยงดูแบบเชิงบวกที่มีพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ทฤษฎีพฤติกรรม-ความคิด (Cognitive-Behavioral Theory) และทฤษฎีพัฒนาการ (Developmental Theory) (Sanders, 2008) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และพัฒนาการรุนแรงในเด็กและวัยรุ่น ผ่านการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ปกครองในการจัดการพฤติกรรมบุตรอย่างเหมาะสมผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ปลอดภัย สอดคล้องกับพัฒนาการและไม่ใช้ความรุนแรง ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมที่เหมาะสมในเด็ก พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม และลดความเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรมในระยะยาว (นัฏฐ์ตุนข จรครบุรีธนาตุล, ทนง ทองภูเบศร์ และชินวงศ์ ศรีงาม, 2567)

ในประเทศไทยมีความพยายามในการประยุกต์ใช้โปรแกรม Triple-P Positive Parenting Program ในหลายพื้นที่เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครอง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้าน โดยมีการปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของแต่ละท้องถิ่น ตัวอย่างเช่น การศึกษาของดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์



และอมรา ธนศุภรัตน์ (2566) ได้นำโปรแกรม Thai Triple-P ไปประยุกต์ใช้ในจังหวัดเชียงใหม่กับกลุ่มเด็กปฐมวัยที่มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาการล่าช้า ซึ่งพบว่าโปรแกรมสามารถส่งเสริมทั้งพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ของเด็ก ตลอดจนเพิ่มทักษะการเลี้ยงดูของผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนถึงศักยภาพของโปรแกรมในบริบทของครอบครัวเมืองและกลุ่มเด็กกลุ่มเปราะบาง ขณะเดียวกัน ลักษณะ สกิลทอง และศรีนทิพย์ ซาลีเครือ (2565) ได้พัฒนาโปรแกรม Triple-P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 โดยเน้นกลุ่มเด็กทั่วไปในบริบทของระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ส่วนงานวิจัยของนาดี สอนโพธิ์, พัทรินทร์ ฉลาดธัญญกิจ และธีรรัตน์ พลราช (2567) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมภายใต้แนวทางของ Triple-P ในจังหวัดสกลนคร โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของบริบทชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีโครงสร้างครอบครัวขยายและเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็ง

แม้จะมีการประยุกต์ใช้โปรแกรม Triple-P อย่างกว้างขวางในประเทศไทย แต่ยังไม่พบงานวิจัยที่มุ่งเน้นการนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้ในบริบทเฉพาะอย่างพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย ซึ่งมีลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนาที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่นอย่างมีนัยสำคัญ พื้นที่ชายแดนภาคใต้เป็นสังคมพหุวัฒนธรรมที่มีประชากรมุสลิมเป็นส่วนใหญ่ โดยแนวทางการเลี้ยงดูบุตรมักยึดโยงกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม วิถีชีวิตของชุมชน และภาษาเฉพาะถิ่น ความเชื่อทางศาสนาและค่านิยมของครอบครัวจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดู และอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงหรือยอมรับแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการที่พัฒนาในบริบททั่วไป ซึ่งจากข้อมูลระดับคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2567) ระบุว่า เขตสุขภาพที่ 12 มีอัตราเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 20.75 ขณะที่จังหวัดยะลามีอัตราอยู่ที่ร้อยละ 19.24 และในระดับตำบล เช่น ตำบลหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบอัตราสูงถึงร้อยละ 26.32 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ สะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาพัฒนาการล่าช้าในพื้นที่ นอกจากนี้ลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรม ศาสนา และภาษาในพื้นที่ยังส่งผลต่อรูปแบบการเลี้ยงดูและการเข้าถึงบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจุบันมีการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในระดับชุมชน แต่กิจกรรมส่วนใหญ่ยังขาดความสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งมีความหลากหลายทางภาษา วิถีชีวิต และค่านิยมครอบครัวที่ยึดโยงกับหลักศาสนาอิสลาม แนวทางการดำเนินงานในพื้นที่จำนวนมากยังคงเน้นการแจกคู่มือ DSPM (Developmental Surveillance and Promotion Manual) เพียงอย่างเดียวโดยไม่มีรูปแบบการจัดกิจกรรมหรือกลไกการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างเป็นระบบ เนื้อหาในคู่มือส่วนใหญ่เป็นครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง โดยเฉพาะการออกแบบโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทพหุวัฒนธรรมของพื้นที่ชายแดนภาคใต้ โดยผสมผสานหลักคำสอนทางศาสนาอิสลาม เข้ากับเนื้อหา กิจกรรม และช่องทางการเรียนรู้ เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ความรู้สึกร่วม และการนำไปใช้จริงในครอบครัวมุสลิมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและประยุกต์ใช้โปรแกรม Triple-P ที่ปรับบริบทให้เหมาะสมกับชุมชนมุสลิมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งในแง่ของเนื้อหา ภาษา กิจกรรมการเรียนรู้ และเครื่องมือสนับสนุน โดยคาดหวังว่าจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ที่ส่งผลต่อการ



พัฒนาทางสติปัญญา อารมณ์ และสังคมของเด็กปฐมวัยได้อย่างยั่งยืนภายใต้บริบทวัฒนธรรมที่มีความเฉพาะเจาะจงของพื้นที่แนวทางทั่วไปที่ใช้ภาษากลางและยังไม่เชื่อมโยงกับบริบทศาสนา จึงทำให้ผู้ปกครองขาดความรู้สึกร่วม ไม่เห็นความสำคัญ และไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงได้อย่างต่อเนื่อง จากข้อจำกัดดังกล่าวจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกที่ให้

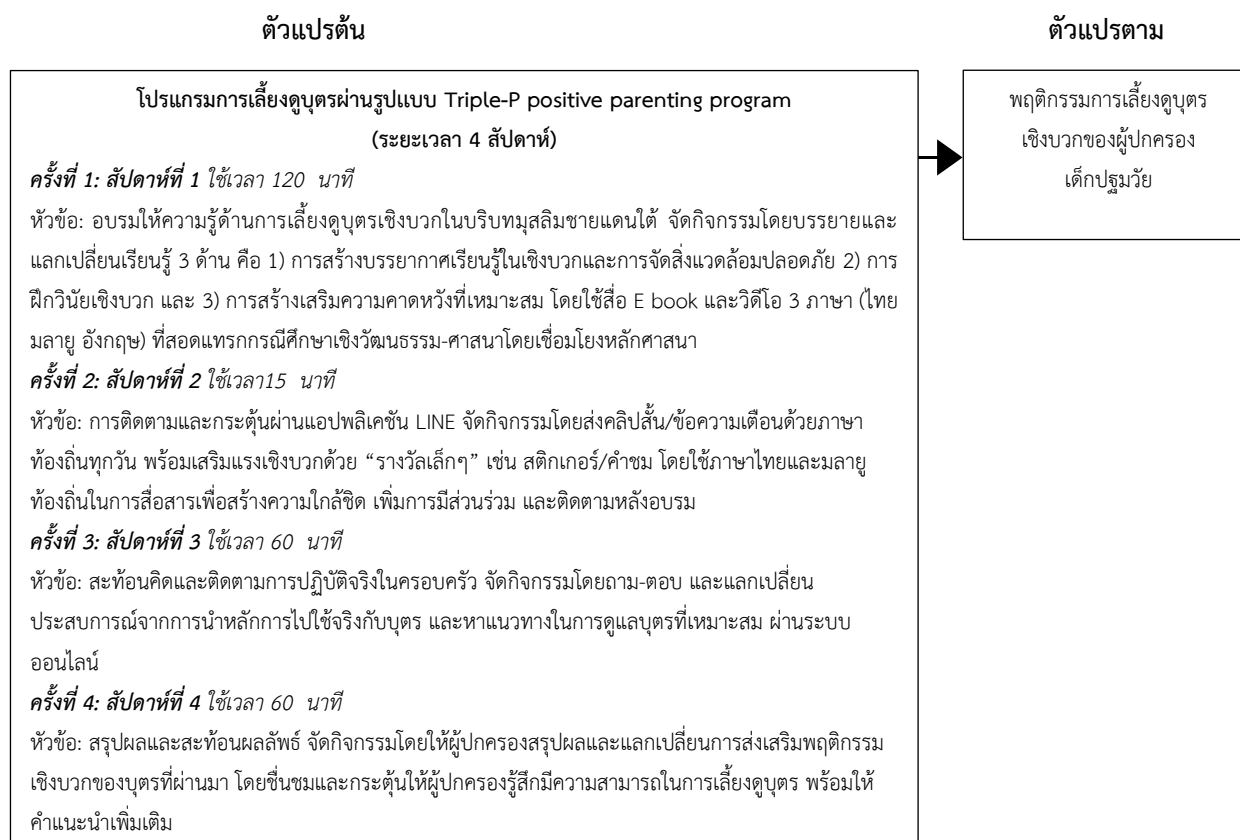
วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทชายแดนใต้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม Triple - P positive parenting program

สมมติฐานของการวิจัย

พฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทชายแดนใต้หลังได้รับโปรแกรม Triple-P positive parenting program สูงกว่าก่อนรับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) ซึ่งเป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest -posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม Triple-P positive parenting program ต่อพฤติกรรมเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทชายแดนใต้ ระยะเวลาในการทำวิจัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงมกราคม 2568

ประชากร คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยอายุ 3-6 ปี ในชุมชนหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 260 คน ในปีการศึกษา 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในชุมชนหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 27 คน โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยใช้โปรแกรมคำนวณของ G* power ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test Laon Means : Differences between two dependent Means (matched pairs) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size)=0.5 ความคลาดเคลื่อน (Alpha)=0.05 และค่า Power 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน (Kang, 2021) เนื่องจากการเข้าถึงของประชากรเฉพาะในพื้นที่ชายแดนใต้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงโดยผู้วิจัยได้มีการคัดเลือกเข้าตามเกณฑ์และมีผลการทดสอบความเป็นปกติของการแจกแจงข้อมูล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คนมีความเหมาะสมกับการวิเคราะห์ทางสถิติในบริบทของการวิจัยนี้ และสามารถใช่วิธีแบบ parametric ได้อย่างถูกต้องตามหลักการทางระเบียบวิธีวิจัย (Skaik, 2015) นอกจากนี้การศึกษานี้ ไม่ได้เพื่ออัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างไว้เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมเพียงพอและเนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จึงสามารถติดตามกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก มีดังนี้

1. เป็นผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย อายุ 3-6 ปี ที่มีผลการตรวจพัฒนาการในระดับปกติ ไม่มีโรคที่มีผลต่อพัฒนาการ เช่น สมาธิสั้น ออทิสติก เป็นต้น
2. เป็นผู้ดูแลหลักและอาศัยในภูมิลำเนาชุมชนหน้าถ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยะลา
3. อายุ 18-60 ปี เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีภาวะทางกฎหมาย มักเป็นผู้ปกครองหลักของเด็กปฐมวัย และลดความแปรปรวนจากผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือเทคโนโลยี
4. อาศัยอยู่ร่วมกันกับเด็กปฐมวัย
5. ไม่มีภาวะผิดปกติด้านสุขภาพจิต สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
6. มีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถเข้าถึงโปรแกรมในรูปแบบออนไลน์ได้ เช่น โทรศัพท์ ไอแพด เป็นต้น

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ปกครองไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบถ้วนตามกำหนด



เครื่องมือการวิจัย

การศึกษานี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินทดลอง คือ โปรแกรมการเลี้ยงดูบุตรผ่านรูปแบบ Triple-P positive parenting program เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงดูเชิงบวกของเด็กปฐมวัย โดยใช้แนวคิดของโอเร็มตามขั้นตอน การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม ครอบคลุมเนื้อหาเรื่องการส่งเสริมเลี้ยงดูเชิงบวกตามแนวคิดของ Triple-P positive parenting program ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การสร้างบรรยากาศเรียนรู้ในเชิงบวก และการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดภัย 2) การฝึกวินัยเชิงบวก 3) การสร้างเสริมความคาดหวังที่เหมาะสม โดยบูรณาการตามบริบทความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรมผ่านสื่อ E-book และวิดีโอ 3 ภาษา คือ ไทย มลายู อังกฤษ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลผู้ปกครอง จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย/เดือน ศาสนา โรคประจำตัว จำนวนเด็กในความดูแล และความสัมพันธ์กับเด็ก

1.2 แบบสอบถามข้อมูลของเด็กปฐมวัย จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว น้ำหนักแรกคลอด และประวัติการคลอด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทชายแดนใต้ โดยผู้วิจัยได้นำเอาแบบประเมินการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวก ซึ่งพัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภล (2563) จำนวน 16 ข้อ ลักษณะแบบสอบถาม เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด ดังนี้ 4 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง และ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ เกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทชายแดนใต้ ใช้เกณฑ์การประเมินค่าคะแนนที่ได้จากการวัดข้อมูลประเภทอันดับภาคขึ้น การแปลผลแบ่งคะแนนเฉลี่ยได้ 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.26-4.00 หมายถึง	มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรอยู่ในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.25 หมายถึง	มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรอยู่ในระดับดี
คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 หมายถึง	มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.75 หมายถึง	มีพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรอยู่ในระดับปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมที่ใช้ในการทดลองได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตและใช้สื่อออนไลน์ 1 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ร่วมกันพิจารณา



ความเหมาะสมของเนื้อหา โครงสร้าง รูปแบบการใช้ภาษา และความสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและความเชื่อของพื้นที่ชายแดนใต้ ผลการประเมินพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องของรายการ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงโปรแกรมก่อนนำไปใช้ในการทดลองต่อไป

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการเล่นดูบุตรเชิงบวก โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โครงสร้างและความเหมาะสมของภาษาและบริบทวัฒนธรรม ความเชื่อในชายแดนใต้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ผู้เชี่ยวชาญด้านการผลิตและใช้สื่อออนไลน์ โดยหลังผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า IOC เท่ากับ 1 หลังจากนั้นนำเครื่องมือที่ได้รับ คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิไปปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มบริบทชายแดนใต้กับผู้ปกครอง ณ ชุมชนนิบงบารู อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยและงานสร้างสรรค์ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา (IRB) รหัสจริยธรรมวิจัย SBCNYL 001/2567 วันที่รับรอง 24 ตุลาคม 2567 เมื่อผ่านการอนุมัติในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล คณะผู้วิจัย ได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างด้วยความสมัครใจ ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบาย และชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล และการบริการสุขภาพที่จะได้รับ และการนำเสนอข้อมูลการศึกษาครั้งนี้ เป็นการให้ข้อมูลในภาพรวมด้านวิชาการเท่านั้น ไม่มีการระบุตัวตนถึงกลุ่มตัวอย่างได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และจะทำลายข้อมูลหลังจากได้รับการเผยแพร่งานวิจัย 2 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ มีดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นผู้ประสานงานกับผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยในชุมชน เพื่อช่วยนำผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล ตามสถานที่ที่นัดหมาย
2. ประสานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนัดหมายดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมและเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย



3. พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แนะนำตัว ชี้แจงโครงการวิจัย และลงชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ

4. ก่อนเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมผู้วิจัยชี้แจงการทำแบบสอบถามพฤติกรรมการเล่นดูบุตรเชิงบวก ก่อน-หลัง (Pre-Post test) เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

5. สร้างกลุ่มออนไลน์ผ่านสื่อแอปพลิเคชัน LINE กลุ่ม เพื่อสื่อสารข้อมูลเพิ่มเติม

6. ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการเล่นดูบุตรเชิงบวกก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ผล

ขั้นตอนการทดลอง มีดังนี้

โปรแกรมการเล่นดูบุตรผ่านรูปแบบ Triple-P positive parenting program (ระยะเวลา 4 สัปดาห์)

ครั้งที่ 1: สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 120 นาที

หัวข้อ: อบรมให้ความรู้ด้านการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกในบริบทสมชายแดนใต้

กิจกรรม: บรรยายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3 ด้าน คือ 1) การสร้างบรรยากาศเรียนรู้ในเชิงบวกและการจัดสิ่งแวดล้อมปลอดภัย 2) การฝึกวินัยเชิงบวก และ 3) การสร้างเสริมความคาดหวังที่เหมาะสม โดยใช้สื่อ E book และวิดีโอ 3 ภาษา (ไทย มลายู อังกฤษ) ที่สอดแทรกกรณีศึกษาเชิงวัฒนธรรม-ศาสนาโดยเชื่อมโยงหลักศาสนา

ครั้งที่ 2: สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 15 นาที

หัวข้อ: การติดตามและกระตุ้นผ่านแอปพลิเคชัน LINE

กิจกรรม: ส่งคลิปสั้น/ข้อความเตือนด้วยภาษาท้องถิ่นทุกวัน พร้อมเสริมแรงเชิงบวกด้วย “รางวัลเล็กๆ” เช่น สติกเกอร์/คำชม โดยใช้ภาษาไทยและมลายูท้องถิ่นในการสื่อสารเพื่อสร้างความใกล้ชิด เพิ่มการมีส่วนร่วม และติดตามหลังอบรมในพื้นที่

ครั้งที่ 3: สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 60 นาที

หัวข้อ: สะท้อนคิดและติดตามการปฏิบัติจริงในครอบครัว

กิจกรรม: ถาม-ตอบ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการนำหลักการไปใช้จริงกับบุตร และหาแนวทางในการดูแลบุตรที่เหมาะสม ผ่านระบบออนไลน์

ครั้งที่ 4: สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 60 นาที

หัวข้อ: สรุปผลและสะท้อนผลลัพธ์

กิจกรรม: ให้ผู้ปกครองสรุปผลและแลกเปลี่ยนการส่งเสริมพฤติกรรมเชิงบวกของบุตรที่ผ่านมา โดยชื่นชมและกระตุ้นให้ผู้ปกครองรู้สึกมีความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร พร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติม

หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการเล่นดูบุตรเชิงบวก (Post-test) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ผล



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเล่นดูบุตรผ่านรูปแบบ Triple-P positive parenting program โดยใช้สถิติที่คู่ (Paired t-test) โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการแจกแจงข้อมูล (Test of Normality ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.3 ซึ่งมีอายุระหว่าง 31-45 ปี มากที่สุด ร้อยละ 59.3 รองลงมาคือ อายุ 46-60 ปี ร้อยละ 22.2 และอายุ 18-30 ปี ร้อยละ 18.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 70.1 พุทธ ร้อยละ 29.9 เกี่ยวข้องเป็นแม่กับเด็ก ร้อยละ 81.5 รองลงมาคือ ปู่ย่า/ตายาย ร้อยละ 14.8 และพ่อ ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37.0 รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 33.3 และระดับอนุปริญญา ร้อยละ 18.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเป็นพนักงานรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจมากที่สุด ร้อยละ 29.6 รองลงมาคือ อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 25.9 และอาชีพเกษตรกรและค้าขาย ร้อยละ 14.8 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 92.6 มีรายได้ครอบครัว/เดือนมากที่สุดในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 37.1 รองลงมาคือ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 25.9 และ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 18.5 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.5 มีจำนวนเด็กในความดูแลมากที่สุด 1-2 คน ร้อยละ 88.9 รองลงมาคือ มากกว่า 4 คน ร้อยละ 7.4 และ 3-4 คน ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ

ข้อมูลทั่วไปของบุตร พบว่า เป็นเด็กผู้ชาย ร้อยละ 48.1 ผู้หญิง ร้อยละ 51.9 มีอายุ 3 ปี ร้อยละ 37 และอายุ 4, 5 และ 6 ปี ร้อยละ 22.2, 18.6 และ 22.2 ตามลำดับ น้ำหนักแรกคลอดมากที่สุดในช่วง 2,500-3,000 กรัม และ 3,001-3,500 กรัม ร้อยละ 40.7 รองลงมาคือ 3,501-4,000 กรัม ร้อยละ 14.9 และน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 3.7 ตามลำดับ โดยเด็กส่วนใหญ่มีประวัติการคลอดครบกำหนด ร้อยละ 92.6 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96.3 และได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 85.2 เด็กมีผลตรวจพัฒนาการครั้งล่าสุดสมวัยมากที่สุด ร้อยละ 92.6 รองลงมาคือ ไม่เคยได้รับการตรวจ ร้อยละ 7.4

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทชายแดนใต้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเล่นดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}=3.73$, S.D.=0.50) สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 0.67 คะแนน (95%CI =0.56-0.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}<.01$ ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทชายแดนใต้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเลี้ยงดูบุตรผ่านรูปแบบ Triple-P positive parenting program (n=27)

พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวก ของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95% CI	t	p-value
ระยะก่อนทดลอง	3.06	1.07	0.67	0.56 - 0.78	11.97	< 0.01*
ระยะหลังทดลอง	3.73	0.50				

*p-value<.01

อภิปรายผล

พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทจังหวัดชายแดนภาคใต้ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม Triple-P Positive Parenting Program สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value <.01) โดยผู้ปกครองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =3.06, S.D.=1.07) และเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก หลังจบโปรแกรม ($\bar{X}$ =3.73, S.D.=0.50) ความสำเร็จของโปรแกรมห่วงล้อมถึงจุดเด่นของ Triple-P ซึ่งได้รับการออกแบบอย่างเป็นระบบตามหลักทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura (1977) และทฤษฎีพฤติกรรมและพัฒนาการทางปัญญาของ Sanders (2008) โดยโปรแกรมส่งเสริมให้ผู้ปกครองเรียนรู้ผ่านกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การชมวิดีโอ จำลองสถานการณ์ การแลกเปลี่ยนในกลุ่มย่อย การฝึกวินัยเชิงบวก และการตั้งเป้าหมายในการเลี้ยงดู โดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน (blended learning) ทั้งแบบออนไลน์และออนไซต์ พร้อมการติดตามผ่านแอปพลิเคชัน LINE

จุดแข็งสำคัญอีกประการของโปรแกรมนี้อีกคือการประยุกต์ทฤษฎีสากลให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชายแดนใต้ ซึ่งเป็นสังคมพหุวัฒนธรรมที่หลากหลายทั้งด้านภาษา ศาสนา และวิถีชีวิต โปรแกรมจึงได้รับการปรับเนื้อหา สื่อ และภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนมุสลิมในท้องถิ่น โดยเฉพาะการแทรกหลักคิดที่สอดคล้องกับศาสนาอิสลามและค่านิยมครอบครัว ซึ่งช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและสร้างความต่อเนื่องในการเรียนรู้ นอกจากนี้โปรแกรมยังได้รับการเสริมด้วยแนวคิกระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative Supportive Nursing System) ของ Orem (2001) โดยผู้วิจัยดำเนินการผ่านการให้ความรู้ การแนะนำ การเสวนา และการสรุปผลร่วมกัน ซึ่งช่วยให้ผู้ปกครองได้รับการเสริมพลัง (empowerment) ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการดูแลบุตร สอดคล้องกับงานวิจัยของมลฤดี น้อยคำแย, ปณิตดา ธนเศรษฐกร และพัชรินทร์ เสรี (2565) และยุพิน นุชิต (2567) ที่ชี้ว่าการเลี้ยงดูเชิงบวกสามารถส่งเสริมพฤติกรรมและพัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็ก รวมถึงความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างพ่อแม่และบุตร

การเลี้ยงดูเชิงบวกส่งผลดีต่อพฤติกรรมเด็ก โดยการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้เชิงบวกและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การฝึกวินัยเชิงบวกที่ช่วยพัฒนาแรงจูงใจและการควบคุมตนเอง และการตั้งความคาดหวังที่เหมาะสม ช่วยลดความกดดันในเด็กและส่งเสริมการพัฒนาด้านตนเอง ผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของปฐมา สุขทวี, เพ็ญภา กุลนภัทร และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ (2566) ที่ระบุว่าทำให้คำปรึกษาและฝึกอบรมผู้ปกครองช่วยเพิ่มพฤติกรรมการเลี้ยงดู



เชิงบวกและพัฒนาการเด็ก และงานวิจัยของณฐมน สิริแก้ว, ศลิษา โกดีย์, เกศมณี มูลปานันท์ และคณะ (2565) ที่พบว่าการเลี้ยงดูเชิงบวกส่งเสริมการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัย รวมทั้งในการศึกษานี้ลักษณะประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาเพศหญิงในช่วงวัยกลางคน (อายุ 31-45 ปี) ซึ่งสะท้อนบทบาทสำคัญของผู้หญิงในสังคมมุสลิมชายแดนใต้ในฐานะผู้ดูแลบุตร (เสาวรส ปลื้มใจ และอุทิศ สังขรัตน์, 2558; พัทธิธรา รัตนชัย และอิสมาแอ กาเต๊ะ, 2564) และกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับมัธยมและปริญญาตรี ซึ่งเอื้อต่อการเข้าใจและประยุกต์ใช้เนื้อหาในโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมอนามัย, 2566)

ความสำคัญของการออกแบบโปรแกรมให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรม มีความชัดเจนในบริบทชายแดนใต้ที่เต็มไปด้วยความหลากหลายทางศาสนา ภาษา และวิถีชีวิต ซึ่งมีผลโดยตรงต่อรูปแบบการเลี้ยงดู โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเชื่อมโยงกับหลักคำสอนศาสนาอิสลามและค่านิยมท้องถิ่น การปรับใช้แนวคิดของ Triple-P ควบคู่กับทฤษฎีพยาบาลและเทคนิคการสื่อสารที่เหมาะสม จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังที่ Sander (2008) เสนอว่า โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงดูจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อถูกปรับให้เข้ากับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนเป้าหมาย ผลการวิจัยนี้จึงแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการประยุกต์โปรแกรม Triple-P ในพื้นที่ชายแดนใต้ของไทย ผ่านการผสมองค์ความรู้ด้านพยาบาล เทคโนโลยีดิจิทัล (เช่น LINE) และการเรียนรู้แบบเข้มข้นที่สามารถสร้างผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการนโยบาย การเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกในพื้นที่ชายแดนใต้สามารถดำเนินการได้โดยการกำหนดเป็นนโยบายของหน่วยบริการสุขภาพชุมชนหรือศูนย์พัฒนาเด็ก โดยการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนโครงการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเชิงบวก เช่น การเสริมสร้างทักษะทางอารมณ์และการสื่อสารที่ดี เพื่อสร้างเครือข่ายสนับสนุนการติดตามและประเมินผลโครงการเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ช่วยให้ผู้ปกครองสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการปฏิบัติ ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สุขภาพให้ถ่ายทอดทักษะการเลี้ยงดูแก่ผู้ปกครอง จัดกิจกรรมอบรมในชุมชน สร้างเครือข่ายสนับสนุน ผ่านรูปแบบการเลี้ยงดูบุตร Triple-P positive parenting program ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในบริบทชายแดนใต้ และติดตามผลเพื่อนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น เพื่อการเลี้ยงดูที่มีประสิทธิภาพ

3. ด้านการศึกษา สามารถเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรเชิงบวกในรายวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นจะช่วยเสริมสร้างทักษะและความรู้ให้กับผู้เรียนในการดูแลเด็กและสนับสนุนผู้ปกครอง โดยการเรียนรู้ผ่านกรณีศึกษาและกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ ผู้เรียนจะสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกทักษะการสื่อสารและการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองจะช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมบวกของเด็กและพัฒนาผู้ปกครองให้มีทักษะในการเลี้ยงดูบุตร



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ควรดำเนินการศึกษาด้วยรูปแบบกึ่งทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (quasi-experimental design with control group) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับโปรแกรมได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะช่วยแยกแยะผลของโปรแกรมจากปัจจัยภายนอกอื่นที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมของผู้เข้าร่วม
2. การศึกษาในอนาคตควรออกแบบให้มีการติดตามผลในระยะยาว (Follow-up study) ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลี้ยงดูและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อเนื่องในระยะเวลาดังกล่าว
3. ควรศึกษากับกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ภาษา และบริบททางสังคม เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้น และเพิ่มความสามารถในการนำผลการวิจัยไปใช้ในวงกว้าง (generalizability)
4. ควรพัฒนาโปรแกรมให้สามารถใช้งานผ่านแอปพลิเคชันหรือระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึง ลดข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ และสามารถนำไปใช้ได้อย่างแพร่หลายทั้งในระดับชุมชนและสถานบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย รวมถึงขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหน้าถ้ำ อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานและเข้าร่วมกิจกรรมจนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (Triple-P) (พิมพ์ครั้งที่ 3). สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์.
- กรมอนามัย. (2566). รายงานการศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อครอบครัวและชุมชน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. <https://hdcservice.moph.go.th>
- ชาญวิทย์ พรนภดล. (2563). แบบวัดพฤติกรรมเลี้ยงดูเชิงบวก ฉบับผู้ปกครอง (POPS-P). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณฐมน สีธิแก้ว, ศลิษา โกดีย์, เกศมณี มูลพานันท์, ขนิษฐา พิธฉลาด, ฉันทนา แรงสิงห์, อรณิณ สิงขรณ์, และคณะ. (2565). การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรม การเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และความคิดเชิงบริหาร ของเด็กปฐมวัยในจังหวัดเชียงราย. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 32(3), 122-133.



เอกสารอ้างอิง

- ดุขะฎี จิ่งศิริกุลวิทย์ และอมรา ธนศุภรัตน์. (2566). ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ต่อพัฒนาการและความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 31(3), 215-226. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/256049>
- นวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล. (2560). *การพัฒนาและหาค่าเกณฑ์มาตรฐานเครื่องมือประเมินการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย*. นครปฐม: ศูนย์วิจัยประสาทวิทยาศาสตร์ สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นักฐิตินุช จรครบุรีธนาตุล, ทนง ทองภูเบศร์ และชินวงศ์ ศรีงาม. (2567). วินัยเชิงบวกของเด็กปฐมวัยสู่การเรียนรู้บนฐานวิถีชีวิตใหม่. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 35(1), 1-14.
- นาดี สอนโพธิ์, พัชรินทร์ ฉลาดธัญญกิจ และธีรรัตน์ พลราชม. (2567). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในวัย 3-5 ปี ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในสกลนคร. *วารสารพยาบาลกองทัพบก*, 25(3), 383-391. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/272719>
- นิพัทธา สังข์ชัย, และเนรัญชลา จารุจิตร. (2564). การจัดกิจกรรมเสริมประสบการณ์เพื่อพัฒนา EQ ของเด็กนักเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสำหรับผู้ปกครอง. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 23(1), 399-412.
- ปฐมา สุขทวี, เพ็ญภา กุลนภัทร และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2566). การเสริมสร้างทักษะพ่อแม่ในเวลาลูกยุคดิจิทัล ด้วยนวัตกรรมการศึกษาครอบครัวร่วมสมัย: การเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็กในยุคดิจิทัลผ่านนวัตกรรมการศึกษาครอบครัวร่วมสมัย. *วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 18(1), 178-190. <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/jre/article/view/15255>
- ปาริชาติ อาษาธง และทองมี ผลาผล. (2565). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, 15(2), 266-279.
- พัทธธิดา รัตนชัย และอิสมาแอ กาเต๊ะ. (2564). พฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูบุตรด้วยหลักการอิสลามของครอบครัวไทยมุสลิมสามจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 12(1), 67-81.
- พิสมัย แข็งแรง. (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและเสริมสร้างวินัยเชิงบวก โดยครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลต่อความฉลาดทางด้านสติปัญญา ความฉลาดทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กในเขตตำบลหัวช้าง อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(1), 25-35.
- มลฤดี น้อยคำแย, ปนัดดา ธนเศรษฐกร และพัชรินทร์ เสรี. (2565). ผลของโปรแกรมเทคนิค 101s การสร้างวินัยเชิงบวกสำหรับผู้ดูแลเด็กปฐมวัยต่อทักษะการใช้เทคนิคการสร้างวินัยเชิงบวก การเลี้ยงดูแบบรอบแนวคิดเติบโต และทักษะทางอารมณ์-สังคมในเด็กปฐมวัย. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(2), 3-5.
- มัทรี คอดริงตัน, จุฑามาต โขติบาง และอัจฉราพร ศรีภูษณาพรหม. (2564). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมวินัยเชิงบวกในผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(2), 229-231.



เอกสารอ้างอิง

- ยุพิน นุชิต. (2567). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อทักษะความฉลาดทางอารมณ์และทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในเครือข่ายสุขภาพอำเภอโพธารอง. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ*, 5(1), 150-161.
- ลักขณา สกุกทอง และศรินทิพย์ ชาลีเครือ. (2565). การพัฒนาโปรแกรมTriple P เพื่อกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*, 14(1), 97-110. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7/article/view/253321>
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2565). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570*. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- เสาวรส ปลื้มใจ และอุทิศ สังขรัตน์. (2558). การสร้างสันติภาพชายแดนใต้: เรื่องเล่าของผู้หญิง. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 10(1), 225-242.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jrhi/article/view/269429>
- Kang H. (2021). Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *Journal of educational evaluation for health professions*, 18, 17.
<https://doi.org/10.3352/jeehp.2021.18.17>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Sander M.R. (2008). Triple P-positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical child and family Psychology Review*, 2, 71-90.
- Skaik, Y. (2015). The bread and butter of statistical analysis “t-test”: Uses and misuses. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1558-1559. <https://doi.org/10.12669/pjms.316.8984>



การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

วิสสุตา นพพิบูลย์¹ และอรุณ บุญสร้าง^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 20 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 23 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 27 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ ระยะที่ 2 ดำเนินการตามแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย การวางแผนงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มภาคีเครือข่ายพัฒนากระบวนการประกอบด้วย บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีขรภูมิ บุคลากรกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศีขรภูมิ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก ผู้นำชุมชน และประธาน อสม. ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 32 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ กลุ่ม อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก จำนวน 33 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และแบบสังเกตพฤติกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลัง ด้วยสถิติ paired t-test ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการพัฒนา ศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. คือ PPRCE Model ประกอบด้วย 1. Promotion=P (การส่งเสริม) 2. Prevention=P (การป้องกัน) 3. Relief=R (การบรรเทา) 4. Referral=R (การส่งต่อ) 5. Care=C (การดูแลรักษา) 6. Empowerment=E (การเสริมพลัง) และหลังการทดลองพบว่าผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนา ศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. มีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ควรนำรูปแบบ PPRCE Model ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนา ศักยภาพ อสม. ในการดูแลด้านสุขภาพจิตในชุมชน ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, สุขภาพจิต, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้รับผิดชอบบทความ: อรุณ บุญสร้าง; arun.b@ubu.ac.th



Potential Development for Mental Health Care of Village Health Volunteers, Nong Lek subdistrict, Sikhoraphum District, Surin province

Witsuta Noppiboon¹ and Arun Boonsang^{2*}

¹M.P.H. Student College of Medicine and Public Health Ubon Ratchathani University

²College of Medicine and Public Health Ubon Ratchathani University

(Received: 20 May 2025; Revised: 23 June 2025; Accepted: 27 June 2025)

Abstract

This action research aimed to develop the capacity of village health volunteers (VHVs) in mental health care in Nong Lek Subdistrict, Sikhoraphum District, Surin Province. The research was divided into three phases: Phase 1: Study of the local context Phase 2: The process of PAOR concept of Kemmis & McTaggart is carried out including planning, implementation, observation and reflection. Phase 3: The results of the development of the model for developing the capacity of VHVs in mental health care. The participants were selected using purposive sampling and divided into two groups. The first group consisted of 32 stakeholders involved in the development process, including personnel from the Sikhoraphum District Public Health Office, mental health and psychiatric departments of Sikhoraphum Hospital, local health promotion hospitals, the Subdistrict Administrative Organization, community leaders, and the chairperson of the VHVs. The second group consisted of 33 VHVs working in the Nong Lek Subdistrict Health Promotion Hospital service area using focus group discussion records, questionnaires, and behavioral observation forms. Data were collected from 33 VHVs working in the Nong Lek Subdistrict Health Promotion Hospital service area. Research instruments included focus group discussion records, questionnaires, and behavioral observation forms. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Mean not scores before and after the intervention were analyzed using the paired t-test. The findings revealed that the developed model, named the PPRRCE Model, consisted of six key components: 1) P=Promotion 2) P=Prevention 3) R=Relief 4) R=Referral 5) C=Care and 6) E=Empowerment. The comparison of VHVs' knowledge and practices before and after the intervention revealed a significant improvement in their mental health care capacity, with a statistical significance level of 0.05. These findings suggest that the PPRRCE Model can be effectively applied in other settings to enhance the capacity of VHVs in providing mental health care and to improve timely and equitable access to mental health services in community contexts.

Keywords: potential development, mental health, village health volunteers

***Corresponding author:** Arun Boonsang; arun.b@ubu.ac.th



บทนำ

สุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของบุคคลนั้น ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ส่งผลให้คนในสังคมเกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งความเครียดเป็นสาเหตุหลักของปัญหาสุขภาพจิต ถ้าสะสมเป็นระยะเวลานานสามารถกลายเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ทันเวลา อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โรคซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 355,537 คน ปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 358,267 คน และพบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 20 และร้อยละ 70 ของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 อยู่ที่ 7.38 รายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากในช่วงปี 2547-2563 ที่ยังอยู่ในระดับ 5-6 รายต่อประชากรแสน และศูนย์โรคซึมเศร้าไทย พบว่า ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน พบว่า ในปี พ.ศ.2564 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้ารับบริการทั้งหมด จำนวน 301,283 คน และในปี 2565 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้ารับบริการ จำนวน 324,903 คน (กรมสุขภาพจิต, 2566) แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการบริการยังมีอยู่เป็นจำนวนมาก

จากการศึกษาข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตของจังหวัดสุรินทร์ พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 5,316 ราย ปี พ.ศ.2565 จำนวน 8,080 ราย และสถานการณ์การพยายามทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิต จังหวัดสุรินทร์เพิ่มสูงขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอีกในอนาคต ดังนี้ ปี พ.ศ. 2561-2565 มีจำนวน 21, 37, 108, 91 และ 125 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีผู้เสียชีวิตจากการพยายามทำร้ายตนเองเป็นอันดับ 7 ของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, ระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง, 2566) และอำเภอศีขรภูมิเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ.2564 จำนวน 686 ราย และในปี พ.ศ.2565 จำนวน 707 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2566) จากข้อมูล พบว่า อำเภอศีขรภูมิมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 4 ของจังหวัดจากทั้งหมด 15 อำเภอ สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จอำเภอศีขรภูมิ พบว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2563 จำนวน 8 ราย ปี 2564 จำนวน 6 ราย และปี 2565 จำนวน 6 ราย ตำบลหนองเหล็กเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอศีขรภูมิจากทั้งหมด 15 ตำบล พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 3 ของอำเภอ ปี พ.ศ. 2561-2565 มีจำนวน 72, 67, 81, 178 และ 187 ราย ตามลำดับ และสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จตำบลหนองเหล็ก พบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2564 จำนวน 3 ราย และปี 2565 จำนวน 1 ราย ดังนั้น การดูแลสุขภาพจิตเฉพาะในระบบจึงไม่เพียงพอต่อสถานการณ์และปัญหาที่พบเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าสู่ระบบบริการทางด้านสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง จึงต้องมีการดำเนินงานเชิงรุกให้มากขึ้น เพิ่มความตระหนักและความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตให้ประชาชนได้รับรู้มากขึ้น ทั้งความรู้ การได้รับคัดกรองเบื้องต้น เพื่อส่งต่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุขได้มีโอกาสได้ทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้เห็นว่า อสม. เป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมากในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การส่งต่อเพื่อดูแล รักษาต่อเนื่อง ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในชุมชน เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การที่จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น อสม.ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดี



ที่ต้องเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของอสม.ให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพจิตที่ดีของสมาชิกในชุมชน ตลอดจนสามารถแนะนำให้ผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับการรักษาตามระบบสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองเหล็ก อำเภอสักรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพอสม.ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของคนในชุมชนได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสักรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์การดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ คือ แนวคิดและทฤษฎีในการส่งเสริมสุขภาพจิต และแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ ศึกษาข้อมูลทั่วไปของ อสม. นโยบายการพัฒนาศักยภาพ ของ อสม. และบทบาทของ อสม. เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ระยะที่ 2 ดำเนินการตามกระบวนการแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart การวางแผนการปฏิบัติงาน (Planning) ประเมินสภาพปัญหา และศักยภาพ อสม.สำหรับการดูแลสุขภาพจิต โดย การสร้างทีมแกนนำ การกำหนดกิจกรรม และการจัดทำชุดกิจกรรม การปฏิบัติการ (Action) การพัฒนาศักยภาพ อสม. สำหรับการดูแลสุขภาพจิต ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต บทบาท อสม. ดูแลสุขภาพจิต โดยใช้หลัก 3ส. คือ ส 1 สอดส่องมองหา (Look) ส 2 ใส่ใจรับฟัง (Listen) ส 3 ส่งต่อเชื่อมโยง (Link) และแนวทางการดูแลสุขภาพจิต การสังเกตการณ์ (Observation) อสม. นำความรู้ไปดำเนินการในพื้นที่ มีการนิเทศ ติดตาม แนวทางการดูแลสุขภาพจิตและสนับสนุนให้คำแนะนำ เยี่ยมเสริมพลัง การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) สังเคราะห์กระบวนการและผลการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติขั้นต่อไป ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนากระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของ อสม. และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. สำหรับการดูแลสุขภาพจิต

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีในการส่งเสริมสุขภาพจิต และแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนกรกฎาคม 2568 รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ ศึกษาข้อมูลทั่วไปของ อสม. นโยบายการพัฒนาศักยภาพ ของ อสม. และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต



ระยะที่ 2 ดำเนินการตามกระบวนการแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart การวางแผนการปฏิบัติงาน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection)

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอสม.

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตพื้นที่ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศีขรภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก ผู้นำชุมชน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 32 คน
2. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 206 คน

เกณฑ์การคัดเลือก มีดังนี้ 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานหรือมีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก 2) เป็น อสม. ทั้งเพศชายและเพศหญิงในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ และปฏิบัติงานอสม. มาเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) อสม. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) มีโรคประจำตัวด้านจิตเวช 2) ย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ตำบลหนองเหล็กก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น หรือลาออกจากการเป็น อสม. ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย และ 3) ลาออกจากตำแหน่งหรือบทบาทระหว่างช่วงการดำเนินงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเป็นภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชนและภาคีบริการสังคม ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเลือกมาแบบเจาะจง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 2 คน กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศีขรภูมิ จำนวน 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลหนองเหล็กจำนวน 4 คน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 11 คน และประธานอสม. จำนวน 11 คน
2. กลุ่ม อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก ตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมู่บ้านละ 3 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 33 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพของอสม.สำหรับการดูแลสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแบบบันทึกที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่มร่วมกับการบันทึกเทป โดยมีประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป สถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพจิต เป็นอย่างไร ระบบและกระบวนการดูแลสุขภาพจิต ที่ผ่านมามีอะไรบ้าง ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านมาเป็นอย่างไร การแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือและมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนอย่างไรบ้าง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะช่วยแก้ไขปัญหาในระบบและกระบวนการดูแลสุขภาพจิต



สุขภาพจิต ควรดำเนินการอย่างไรและจะพัฒนาการให้ดีขึ้นอย่างไร และใครจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน รวมทั้งแหล่งในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ บทบาทหน้าที่ของอสม.สำหรับการดูแลสุขภาพจิตควรเป็นอย่างไร โดยใช้หลักการ 3ส. (สอดส่อง มองหา (Look), ใส่ใจรับฟัง (Listen), ส่งต่อเชื่อมโยง (Link)) แนวทางการดูแลสุขภาพจิต โดย อสม. ควรดำเนินการอย่างไร และรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรเป็นอย่างไร

2) แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม โดยการสังเกตพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างขณะเข้าร่วมกิจกรรมมีกรอบเนื้อหาในการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย ความสนใจ การแสดงความคิดเห็น การตอบคำถาม การยอมรับฟังคนอื่น และการปฏิบัติงานที่รับมอบหมาย พิจารณาตามเกณฑ์ด้านการประเมินผลการเรียนรู้และพฤติกรรม (ชัยยงค์ พรหมวงศ์, 2558) เกณฑ์การวัดผล มีดังนี้

ดีมาก=4 คะแนน สนใจฟัง ไม่หลับ ไม่คุยในที่ประชุม มีคำถามที่ดี ตอบถูกต้อง ทำงานครบและตรงเวลา (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ดี=3 คะแนน การแสดงออกและการมีส่วนร่วมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ยังไม่ครบทุกข้อ (ร้อยละ 70-79)

ปานกลาง=2 คะแนน การแสดงออกและการมีส่วนร่วมพอใช้ ทำได้ครึ่งหนึ่งของเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (ร้อยละ 50-69)

ปรับปรุง=1 คะแนน เข้าร่วมกิจกรรมแต่แสดงออกน้อย ทำงานไม่ครบ หรือไม่ตรงเวลา (น้อยกว่าร้อยละ 50)

2. ชุดกิจกรรมการอบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม.

รายละเอียดต่อไปนี้เป็นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมศักยภาพอสม.ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตคนในชุมชน โดยมีรายละเอียดรูปแบบ ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ประกอบไปด้วยกระบวนการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการ โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดกิจกรรมในการดำเนินการแต่ละครั้งและเนื้อหาของกิจกรรม จากนั้นจะทำการทดสอบความรู้อีกก่อนดำเนินการกิจกรรม (pre-test) และดำเนินการกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิตและบทบาท อสม. ดูแลสุขภาพจิต โดยใช้หลัก 3ส. ใช้เวลาทั้งหมดในครั้งนี้ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยทำการเริ่มกิจกรรมด้วยการทบทวนความรู้จากครั้งก่อนหน้า เพื่อให้เกิดการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความตื่นตัวและพร้อมในการเรียนรู้ในหัวข้อใหม่ จากนั้นดำเนินการกิจกรรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลสุขภาพจิต การตรวจคัดกรองสุขภาพจิต และมีการทำกิจกรรมฝึกปฏิบัติโดยการจับคู่ฝึกการคัดกรองสุขภาพจิตกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมท่านอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิตและข้อคำถามในการสอบถามเพื่อคัดกรอง ใช้เวลาสำหรับกิจกรรมในครั้งนี้ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 เป็นการฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง มีการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตโดย อสม. ค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาเรื่องการดูแลสุขภาพจิต โดยการพูดคุย สังเกต และคัดกรอง นอกจากนี้ได้มีการฝึกปฏิบัติในการพูดคุยและให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชนทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีความเสี่ยงใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติครั้งนี้ 1 สัปดาห์ เป็นการลงพื้นที่คัดกรองในชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก

ครั้งที่ 4 เป็นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการให้ อสม. สรุปผลการคัดกรองและส่งต่อประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงมารับบริการต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแกนนำ อสม.



3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากพรสุตา แสงสุกวาว (2558) และคู่มือบทบาท อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชนของกรมสุขภาพจิต (2561) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ จำแนกเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 7 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก ตอบคำถามถูก ได้คะแนนเท่ากับ 1 ตอบคำถามผิด ได้คะแนนเท่ากับ 0 การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของ อสม. โดยรวม พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975, อ้างใน ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, 2561) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (10-12 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในระดับดี คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 (7-9 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 00.00-59.99 (0-6 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. สำหรับการดูแลสุขภาพจิต แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากพรสุตา แสงสุกวาว (2558) โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นของ อสม. จำนวน 5 ข้อ การส่งเสริม สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดย อสม. จำนวน 6 ข้อ และการป้องกันและค้นหาผู้ป่วยใหม่ในชุมชนโดย อสม. จำนวน 4 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) วัดระดับของการปฏิบัติตามบทบาทแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผลคะแนนเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. สำหรับการดูแลสุขภาพจิต ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (60.00-75.00 คะแนน) หมายถึง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทในระดับมากที่สุด
คะแนนร้อยละ 70.00-79.99 (52.50-59.99 คะแนน) หมายถึง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทในระดับมาก
คะแนนร้อยละ 60.00-69.99 (45.00-52.49 คะแนน) หมายถึง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 50.00-59.99 (37.50-44.99 คะแนน) หมายถึง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทในระดับน้อย
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 40.00 (น้อยกว่า 37.49 คะแนน) หมายถึง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (IOC) นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.67-1.00 และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะเนง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR 20) พบว่า แบบสอบถามความรู้เรื่องสุขภาพจิต ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอ



นบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของอสม.สำหรับการดูแลสุขภาพจิต เท่ากับ 0.93

สำหรับข้อคำถามใช้ในการสนทนากลุ่มได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย และขั้นตอนการปฏิบัติการวิจัย โดยมีกำหนดระยะเวลาดำเนินการรวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย

- 1) คัดเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
- 2) ผู้ศึกษาสร้างเครื่องมือ จากกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา
- 3) นำเครื่องมือที่สร้างมาให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบและแก้ไข
- 4) ผู้ศึกษาติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก โดยนำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลพร้อมด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น และปรับปรุงแก้ไขแล้วไปส่งพร้อมอธิบายและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามด้วยตัวเอง

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ

ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอสม. ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนการปฏิบัติงาน โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ดังนี้

การวางแผน (Planning) สัปดาห์ที่ 1-2

- 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้กับแกนนำ อสม.
- 2) จัดประชุมกลุ่มแกนนำอสม.
- 3) ผู้วิจัยสรุปการประชุมให้กับแกนนำ

การปฏิบัติ (Action) สัปดาห์ 3-6

- 1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามก่อนการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม
- 2) ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยการบรรยายจากผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลศีขรภูมิ
- 3) ให้ความรู้ทักษะในการตรวจคัดกรองสุขภาพจิต ใช้แบบคัดกรองความเครียด, 2Q PLUS, 9Q, 8Q) (กรมสุขภาพจิต, 2562-2563) โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติการโดยผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลศีขรภูมิ

- 4) ให้ความรู้ทักษะการรับฟังอย่างลึกซึ้ง โดยการบรรยายจากผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลศีขรภูมิ



- 5) การดำเนินการดูแลสุขภาพจิตโดยอสม.
- 6) แขนงนำติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงมารับบริการ
- 7) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็กออกนิเทศติดตาม

การสังเกตการณ์ (Observing) สัปดาห์ที่ 7-9

- 1) การสังเกตกระบวนการดำเนินการดูแลสุขภาพจิต
- 2) การตรวจคัดกรองสุขภาพจิตโดย อสม. ในการเตรียมความพร้อมของแบบประเมินสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2562-2563) วัสดุ อุปกรณ์ การนำความรู้ไปดำเนินการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต ให้คำปรึกษา การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง การติดตามเยี่ยมประชากรกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย

- 3) เก็บรวบรวมข้อมูล

การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) สัปดาห์ที่ 10-12

- 1) การสังเคราะห์กระบวนการ และผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป โดยผู้วิจัย และ อสม. ประชุมกันเป็นระยะๆ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และทำการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และหาแนวทางแก้ไขปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์
- 2) การประชุมสรุปบทเรียนการดำเนินงาน
- 3) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามหลังการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ คือ โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for Social Science: SPSS) ใบอนุญาตเลขที่ 7a314fecacab63221abc ซึ่งรายละเอียดของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณสำหรับการศึกษามีดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปที่เป็นปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. สำหรับการดูแลสุขภาพจิตก่อน และหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ paired sample t-test โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ใบรับรองการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามหนังสือรับรองเลขที่ UBU-REC-04/2567 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ทำการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะ



ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสัมพันธภาพและสถานะทางสังคม ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.85 อายุเฉลี่ย 50.71 ปี ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.76 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.73 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,406.06 บาท การประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.70 ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 16.97 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=33)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	15.15
หญิง	28	84.85
อายุ		
25-34 ปี	2	6.06
35-44 ปี	4	12.12
45-54 ปี	15	45.46
55-64 ปี	12	36.36
Mean=50.71, S.D.=8.44, Min=31, Max=63		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7	21.21
มัธยมศึกษา	25	75.76
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	0	0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	0	0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	3.03
สถานภาพ		
โสด	5	15.15
สมรส	24	72.73
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	12.12
การประกอบอาชีพ		
เกษตรกร	23	69.70
ทอผ้าไหม	3	9.09
รับจ้างทั่วไป	5	15.15
ค้าขาย	2	6.06
อื่น ๆ	0	0



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท/เดือน)		
0-2,000	5	15.15
2,001-4,000	15	45.46
4,001-6,000	8	24.24
6,001-8,000	2	6.06
8,001-10,000	1	3.03
10,001-12,000	2	6.06
มากกว่า 12,000	0	0
Mean=4,406.06, S.D.=3,050.42, Min=1,000, Max=12,000		
ระยะเวลาของการเป็น อสม. (ปี)		
Mean=16.97, S.D.=8.36, Min=1, Max=32		

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

2.1 การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 1 ผู้ร่วมประชุมทั้งหมด 32 คนประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 2 คน กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศีขรภูมิ จำนวน 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก จำนวน 4 คน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 11 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยเริ่มต้นกระบวนการเล่าสถานการณ์ ค้นข้อมูล เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการ ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เพื่อพัฒนากระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอสม.

1) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ในระยะนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยประยุกต์ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) กระบวนการเริ่มต้นจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันผู้เข้าร่วมประชุม และร่วมกันกำหนดแนวทางด้านการดูแลสุขภาพจิตของอสม. พร้อมการกำหนด Time Line ในการดำเนินงาน

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อยได้ทำการวิเคราะห์และสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนาตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

ผลการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussion)

จากการสนทนากลุ่มย่อยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน ในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชน การดำเนินงานด้านสุขภาพจิต สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน และการแก้ปัญหาในการดำเนินงานสุขภาพจิต ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 สรุปข้อมูลจากเชิงคุณภาพเกี่ยวกับศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของ อสม.

ประเด็น	รายละเอียด
สถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพจิต	พบปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มมากขึ้น มีการฆ่าตัวตาย ทั้งที่ไม่ค่อยมีมาก่อน ประชาชนมีความกลัว ความกังวล ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสิ้นหวัง เกิดการตำหนิ ตีตรา การ Bully และคนที่เป็นเหยื่อก็เกิดภาวะซึมเศร้า คนในครอบครัวมองข้ามปัญหา เนื่องจากมองว่าเป็นเพียงการเรียกร้องความสนใจ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการจัดการเมื่อพบเจอกรณีที่มีประชาชนพยายามจะฆ่าตัวตาย
ระบบและกระบวนการดูแลสุขภาพจิต	เมื่อประชาชนมีความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพจิต ญาติเป็นผู้แจ้งมาที่ รพ.สต. ด้วยตัวเอง ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือญาติไม่ได้สนใจให้ความสำคัญจะไม่ได้รับการดูแลตั้งแต่แรก จนปัญหาถูกละเลยไปจนส่งผลกระทบต่อชุมชนรุนแรง ข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ รพ. รพ. ไม่มีการคืนข้อมูลกลับมาที่ รพ.สต.
ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านมา	พบผู้ป่วยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายทุกปี จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อชุมชนรุนแรงมากขึ้น การรักษาเน้นรักษา แก้ไขปัญหาเฉพาะราย ไม่มีระบบป้องกันและเฝ้าระวังระบบการส่งต่อ และประสานงานไม่ชัดเจน
การแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านมา	มีความพยายามที่จะดึงหน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา แต่อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนยังมองว่าเรื่องสุขภาพจิตไม่ใช่ปัญหาสำคัญของชุมชน
ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องที่จะช่วยแก้ไขปัญหาระบบและกระบวนการดูแลผู้สุขภาพจิต	รพ.สต. และ อสม. เป็นแกนหลักในการดำเนินงาน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำหรับการดูแลสุขภาพจิต	สอดส่อง มองหา (Look) ใส่ใจ รับฟัง (listen) ส่งต่อเชื่อมโยง (Link)
แนวทางการดูแลสุขภาพจิตโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	รวมพลัง ร่วมใจกันคิดค้น ร่วมวางแผน ร่วมกันทำงาน ร่วมศึกษาเรียนรู้
รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	ส่งเสริม ป้องกัน บรรเทา ส่งต่อ รักษา เสริมพลัง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในชุมชนยังคงพบอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องนั้นประกอบไปด้วยปัจจัยทางด้านข้อมูลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สัดส่วนผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน กระบวนการดำเนินงานที่ขาดความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหน่วยงานในพื้นที่ระดับตำบล นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือความตระหนักของคนในชุมชนที่ พบว่า คนในชุมชนยังขาดความตระหนักในเรื่องของอาการแสดงหรืออาการเตือนของอาการทางจิต กระบวนการสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตบทบาทในด้านของการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนนั้นกลไกสำคัญคือ อสม. ซึ่งเป็นผู้ที่เฝ้าระวังในชุมชนได้อย่างใกล้ชิดและสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วเมื่อพบสัญญาณอันตรายของปัญหาสุขภาพจิต และจากการจัดประชุมระดมสมองเรื่องการพัฒนาแบบกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพ



สม.ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิต ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก หลังการประชุมแล้วจึงตกลงจัดทำขั้นตอนกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพ อสม. ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิต

นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมศักยภาพอสม.ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตคนในชุมชน โดยมีรายละเอียดรูปแบบ ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ประกอบไปด้วยกระบวนการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการ โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดกิจกรรมในการดำเนินการแต่ละครั้งและเนื้อหาของกิจกรรม จากนั้นจะทำการทดสอบความรู้ก่อนดำเนินการกิจกรรม (pre-test) และดำเนินการกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิต และบทบาท อสม. ดูแลสุขภาพจิต โดยใช้หลัก 3ส. ใช้เวลาทั้งหมดในครั้งนี้อยู่ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยทำการเริ่มกิจกรรมด้วยการทบทวนความรู้จากครั้งก่อนหน้า เพื่อให้เกิดการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความตื่นตัวและพร้อมในการเรียนรู้ในหัวข้อใหม่ จากนั้นดำเนินการกิจกรรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต การตรวจคัดกรองสุขภาพจิต และมีการทำกิจกรรมฝึกปฏิบัติโดยการจับคู่ฝึกการคัดกรองสุขภาพจิตกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมท่านอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิตและข้อคำถามในการสอบถามเพื่อคัดกรอง ใช้เวลาสำหรับกิจกรรมในครั้งนี้อยู่ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 เป็นการฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง มีการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตโดย อสม. ค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาเรื่องการดูแลสุขภาพจิต โดยการพูดคุย สังเกต และคัดกรอง นอกจากนี้ได้มีการฝึกปฏิบัติในการพูดคุยและให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชนทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีความเสี่ยงใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติครั้งนี้ 1 สัปดาห์ เป็นการลงพื้นที่คัดกรองในชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก

ครั้งที่ 4 เป็นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการให้ อสม. สรุปผลการคัดกรองและส่งต่อประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงมารับบริการต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแกนนำ อสม.

การสังเกตการณ์ (observation) การสังเกตกระบวนการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. กิจกรรมเยี่ยมและประเมินศักยภาพ อสม. โดยผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะเนง โดยใช้แบบประเมินศักยภาพ ๓ ด้านความรู้ทัศนคติและแบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยของกลุ่ม เมื่อพบว่ามีความรู้ด้านใดที่อยู่ในระดับ น้อย-ปานกลาง อสม. จะได้รับกิจกรรมให้ความรู้ สร้างทัศนคติและการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต ในส่วนที่ขาดรายเดียว โดยการออกเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่าย

การสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflection) ผู้วิจัย และแกนนำ อสม. มีการประชุมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และทำการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และหาแนวทางแก้ไขปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์

2.2 การประชุมพัฒนากลุ่มการครั้งที่ 2 ผู้ร่วมประชุมทั้งหมด 32 คนประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 2 คน กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศีขรภูมิ จำนวน 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก จำนวน 4 คน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 11 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน

ขั้นการประเมินผลการปฏิบัติและการปรับปรุงในวงรอบที่ 2 จากการสังเกตการณ์และการสะท้อนผลการดำเนินงาน พบประเด็นที่ต้องปรับปรุง คือ



1. แกนนนำ อสม. ถึงแม้จะผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตการคัดกรอง และการดูแลประชาชนมาแล้ว จากการออกเยี่ยมและประเมินการปฏิบัติงานของแกนนำ พบว่าแกนนำส่งแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตล่าช้า เนื่องจากแกนนำใช้กระดาษในการประเมิน ทำให้บางครั้งไม่มีเวลาเดินทางมาส่งเอกสาร และแกนนำบางรายแต่ยังขาดความรู้และขาดเข้าใจในบางเรื่อง โดยเฉพาะข้อคำถามในการคัดกรอง แกนนนำใช้วิธีอ่านตามข้อคำถาม ทำให้ประชาชนรู้สึกอึดอัด ไม่อยากตอบคำถาม และบางครั้งการให้คำปรึกษาของแกนนำ แกนนนำบางรายมีความรู้สึกอารมณ์อ่อนแอตามเรื่องที่เล่าหรือพูดขัดจังหวะเวลาที่ประชาชนกำลังระบายเรื่องที่ทุกข์ใจ ผู้รับผิดชอบงานและผู้วิจัยจึงจัดตั้งไลน์กลุ่มเฉพาะแกนนำขึ้น และเปลี่ยนแบบคัดกรองเป็นแบบคัดกรองออนไลน์ และได้จัดอบรมเพิ่มศักยภาพแกนนำโดยให้ทั้งความรู้และทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติขึ้นอีกครั้ง โดยเน้นเรื่องวิธีการคัดกรอง การรับฟัง และการให้คำปรึกษา เพื่อให้แกนนำมีความมั่นใจและความชำนาญมากขึ้น

2. มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยสุขภาพจิตใหม่ขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยมอบหมายให้แกนนำ อสม. ดูแลตามกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มปกติ เยี่ยมบ้านและคัดกรองซ้ำ ทุก 1 เดือน พุดคุย รับฟัง สอบถามความต้องการช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น

กลุ่มเสี่ยง เยี่ยมบ้านและคัดกรองซ้ำทุก 2 สัปดาห์ พุดคุย รับฟัง สอบถามความต้องการช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น

กลุ่มป่วย เยี่ยมบ้านและประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและความคิดฆ่าตัวตาย ทุก 1 สัปดาห์ ติดตามการกินยาและการฉีดยา ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตเบื้องต้น

3. วางแผนการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตรายบุคคล จากการออกเยี่ยมบ้านและประเมินคัดกรองซ้ำ และมีการประชุมปรับแผนการดูแลทุก 1 เดือน บางครั้งผู้ป่วยสุขภาพจิตเปลี่ยนจากกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มป่วย หรือมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือแต่ละครั้งที่ออกเยี่ยมแตกต่างกัน

4. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุก 1 เดือน เพื่อให้แกนนำได้พุดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินงานในพื้นที่ แลกเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล หรือระบายความรู้สึกในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพจิต บางครั้งแกนนำเกิดความรู้สึกท้อแท้ในการปฏิบัติงาน มีความรู้สึกไม่กำลังใจในการปฏิบัติงานต่อ ผู้รับผิดชอบงานจึงได้เพิ่มชั่วโมงเสริมพลังในการปฏิบัติงานให้แก่แกนนำ 30 นาที-1 ชั่วโมง เพื่อให้แกนนำเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานและมีพลังใจในการดำเนินงานต่อไป

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

จากรูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. จำนวน 2 วงรอบ ได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ตามรูปแบบของ PPRRCE Model ดังนี้

1. Promotion=P (การส่งเสริม) อสม. มีบทบาทในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้แก่ตนเองและคนในชุมชน โดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ผ่านการประชุมหมู่บ้าน การจัดเวทีสาธารณะ การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ หรือการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการในชีวิตประจำวัน อสม. ยังทำหน้าที่เป็น "ครูสุขภาพจิต" ที่ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลจิตใจเช่นเดียวกับร่างกาย ส่งเสริมให้มีวิถีชีวิตที่สมดุล สร้างความเข้มแข็งทางใจ และสร้างสภาพแวดล้อมชุมชนที่เกื้อหนุนต่อสุขภาพจิต



2. Prevention=P (การป้องกัน) หมายถึง อสม. มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยสามารถใช้ทักษะในการสังเกตพฤติกรรม และอารมณ์ของบุคคลในชุมชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง เด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป ผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจหรือครอบครัว รวมถึงผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต โดย อสม.จะพูดคุยสอบถามอย่างเป็นมิตร ใช้เครื่องมือคัดกรองพื้นฐาน เช่น แบบสอบถามสุขภาพจิต (แบบคัดกรองความเครียด, 2Q PLUS, 9Q, 8Q) (กรมสุขภาพจิต, 2562-2563) และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพจิตตนเองก่อนปัญหาจะเกิดขึ้น

3. Relief=R (การบรรเทา) หมายถึง เมื่อ อสม. พบว่ามีบุคคลที่ประสบปัญหาทางจิตใจ อสม. จะทำหน้าที่เป็นผู้รับฟังที่ดี ให้ความเข้าใจ ไม่ตัดสิน และให้กำลังใจในการฟื้นฟูจิตใจ อสม.จะใช้ทักษะการสื่อสารอย่างเห็นอกเห็นใจ (empathy) ให้คำแนะนำเบื้องต้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ พร้อมสนับสนุนให้ผู้ที่มีความทุกข์รู้จักวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวหรือชุมชน การออกกำลังกายเบา ๆ หรือแนะนำแหล่งช่วยเหลือที่สามารถติดต่อได้ในยามฉุกเฉิน

4. Referral=R (การส่งต่อ) หมายถึง อสม. สามารถพิจารณาความจำเป็นในการส่งต่อผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตบกพร่องหรือมีแนวโน้มเป็นโรคทางจิตเวชไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจำเป็นในการรับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนช่วยเหลือในด้านการเดินทาง การนัดหมาย และติดตามหลังการส่งต่อ เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง

5. Care=C (การดูแลรักษา) หมายถึง อสม. มีบทบาทในการติดตามดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตหลังการวินิจฉัยหรือการรักษา โดยให้ความร่วมมือกับครอบครัวในการสร้างความเข้าใจต่อโรคและการรักษา ช่วยจูงใจให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เข้ารับบริการตามนัด และรายงานอาการผิดปกติให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ อสม.ยังทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารที่เชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับครอบครัวผู้ป่วย และมีบทบาทในการลดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยในชุมชน

6. Empowerment=E (การเสริมพลัง) หมายถึง อสม. ทำหน้าที่เสริมพลังใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ พูดคุยให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย และชื่นชมเมื่อผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และช่วยประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือเครือข่ายต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มอาชีพ หรือกลุ่มสนับสนุนในชุมชน เพื่อสร้างความมั่นคงด้านชีวิตและสังคมแก่ผู้ป่วย นำไปสู่การฟื้นคืนสภาพทางจิตใจอย่างมีคุณภาพ

ส่วนที่ 4 ผลของกระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

ก่อนการดำเนินกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.55 รองลงมาคือมีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 45.45 และหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตในระดับดี ร้อยละ 96.97 รองลงมาคือมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.03 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความรู้ก่อน-หลังการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. (n=33)

ระดับความรู้	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0-6 คะแนน)	15	45.45	0	0.00
ปานกลาง (7-9 คะแนน)	18	54.55	1	3.03
ดี (10-12 คะแนน)	0	0.00	32	96.97



การวัดผลการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ก่อนการดำเนินกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.73 รองลงมา คือ มีการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตในระดับระดับมาก ร้อยละ 21.21 และหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตในระดับมากที่สุด ร้อยละ 84.85 รองลงมา คือ มีการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิต ในระดับมาก ร้อยละ 15.15 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินการปฏิบัติก่อน-หลังการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. (n=33)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (60-75 คะแนน)	0	0.00	28	84.85
มาก (52.50-59.99 คะแนน)	7	21.21	5	15.15
ปานกลาง (45-52.49 คะแนน)	24	72.73	0	0.00
ระดับน้อย (37.50-44.99 คะแนน)	2	6.06	0	0.00
ระดับน้อยที่สุด (น้อยกว่า 30 คะแนน)	0	0.00	0	0.00

ประสิทธิผลของการพัฒนาโดยการวัดผลในส่วนของความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ภายหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้นโดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 10.94 คะแนน (S.D.=0.93) ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 93.94 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 6.06 ด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิต พบว่า มีทักษะการปฏิบัติสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติอยู่ที่ 67.88 คะแนน (S.D.=4.11) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ร้อยละ 84.85 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 15.15 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. (n=33)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
ดี	31	93.94
ปานกลาง	2	6.06
Mean=10.94, S.D.= 0.93, Min=9, Max=12		
การปฏิบัติ		
มากที่สุด	28	84.85
มาก	5	15.15
Mean=67.88, S.D.= 4.11, Min=61, Max=75		

การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม พบว่า ด้านความรู้ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ ค่าความต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) เท่ากับ 4.33 (S.D.=1.27, 95%CI=3.88 to 4.78) และด้านการปฏิบัติก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ ค่าความต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) เท่ากับ 0.94 (S.D.=5.43, 95%CI=21.23 to 25.07) ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ก่อน-หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ (n=33)

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean difference	S.D.	95%CI	t	p-value
ความรู้							
ก่อนทำกิจกรรม	6.60	0.79	4.33	1.27	3.88-4.78	19.65	<.001*
หลังทำกิจกรรม	10.94	0.93					
การปฏิบัติ							
ก่อนทำกิจกรรม	46.73	2.67	23.15	5.43	21.23-25.07	24.51	<.001*
หลังทำกิจกรรม	69.88	4.54					

*p-value<.001

ระดับคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วม มีระดับคะแนนในการมีส่วนร่วมครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 66.67 และครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 60.61 และครั้งที่ 3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 90.91 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงร้อยละของระดับคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ การดูแลสุขภาพจิตของ อสม. (n=33)

ครั้งที่	ร้อยละของระดับคะแนน			
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ปรับปรุง
1	-	66.67	33.33	-
2	60.61	36.30	3.09	-
3	90.91	9.09	-	-

อภิปรายผล

สถานการณ์การดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ในชุมชนและปัญหาอุปสรรคในปัจจุบัน พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มมากขึ้น มีการฆ่าตัวตาย ทั้งที่ไม่ค่อยมีมาก่อน ประชาชนมีความกลัว ความกังวล ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสิ้นหวัง เกิดการตำหนิ ตีตรา การข่มเหงรังแก (Bully) และคนที่เป็นเหยื่อก็เกิดภาวะซึมเศร้า คนในครอบครัวมองข้ามปัญหา เนื่องจากมองว่าเป็นเพียงการเรียกร้องความสนใจ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการจัดการเมื่อพบเจอกรณีที่มีประชาชนพยายามจะฆ่าตัวตาย เมื่อประชาชนมีความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพจิต ญาติเป็นผู้แจ้งมาที่ รพ.สต. ด้วยตัวเอง ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือญาติไม่ได้สนใจให้ความสำคัญจะไม่ได้รับการดูแลตั้งแต่แรก จนปัญหาถูกละเลยไปจนส่งผลกระทบต่อคนรอบข้าง ข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่มีการคืนข้อมูลกลับมาที่ รพ.สต. พบผู้ป่วยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการฆ่าตัวตายทุกปี จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อชุมชนรุนแรงมากขึ้น การรักษาเน้นรักษา แก้ไขปัญหาเฉพาะราย ไม่มีระบบป้องกันและเฝ้าระวัง ระบบการส่งต่อ และประสานงานไม่ชัดเจน ผู้นำชุมชนยังมองว่าเรื่องสุขภาพจิตไม่ใช่ปัญหาสำคัญของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิดา เพชรรัตน์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องรูปแบบการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ด้วยเครือข่าย อสม. อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง พบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ตั้งแต่การติดตามอาการ การเยี่ยมบ้าน การให้กำลังใจ ไปจนถึงการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ได้แก่



การขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง การขาดทักษะในการสื่อสารและรับมือกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต การขาดการสนับสนุน ทั้งในด้านองค์ความรู้ ทรัพยากร และระบบส่งต่อที่ชัดเจนจากบุคลากรทางการแพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และทัศนคติเชิงลบหรือการตีตราจากชุมชนต่อผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งอาจส่งผลให้ อสม. ทำงานได้ยากขึ้น

การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ตามทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, 2002) ร่วมกับการออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการศึกษาศาสนาการณปัญหาและการค้นหาแนวทางในการแก้ไข โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นภาคีเครือข่ายดำเนินงานสุขภาพระดับตำบล จำนวน 32 คน และพัฒนาหาแนวทางที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก จำนวน 33 คน ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 1. Promotion=P (การส่งเสริม) 2. Prevention=P (การป้องกัน 3. Relief=R (การบรรเทา) 4. Referral=R (การส่งต่อ) 5. Care=C (การดูแลรักษา) และ 6. Empowerment=E (การเสริมพลัง) เนื่องจากทฤษฎีนี้เน้นการมีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการสังเกตและสะท้อนผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนที่ต้องครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บรรเทา ส่งต่อ รักษา และเสริมพลัง จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า รูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เนื่องจากมีลักษณะ ดังนี้ 1) เน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ตั้งแต่ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล อสม. โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ครอบคลุมการดูแลด้านสุขภาพจิตทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บรรเทา ส่งต่อ รักษา และเสริมพลัง 3) เน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ โดยเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิตได้ จากความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งสอดคล้องกับ ระเบิดuffs ศรีแสน, รัชนี้ ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรรสาร และคณะ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบว่าบทบาทของ อสม. ได้แก่ ค้นหาผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ส่งเสริมความรู้ของประชาชนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความรุนแรง และประสานหน่วยงานอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ และ สอดคล้องกับการศึกษา ชัมภูา ลอมศรี, รัชนี้ ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรรสาร และคณะ (2566) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. พบว่าการพัฒนารูปแบบฯ จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของเครือข่ายทุกภาคส่วน และการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและ อสม. โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม ให้ฝึกปฏิบัติ และมีการติดตามการดำเนินงานต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับ ฉลาด ภูระหง, มาลี ไชยเสนา และกุลชญา ลอยหา (2564) ที่ศึกษาเรื่องศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. จังหวัดระยอง พบว่า ศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. มี 5 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านการป้องกันโรค 2. ด้านการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร 3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 4. ด้านการรักษาสุขภาพ 5. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพและสอดคล้องกับ ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล ศิริภัททรา จุฑามณี และอรพินา เกตุพันธ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต พบว่า



ศักยภาพของ อสม. ควรมีองค์ประกอบสำคัญ 4 อย่างดังนี้ (1) ด้านการพัฒนาความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (2) ด้านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (3) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และ (4) ด้านการออกแบบสร้างคุณค่า ขับเคลื่อนและขยายผลแก่นำ อสม. ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตต่อไปในอนาคต การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

ผลการใช้รูปแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. พบว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (Mean diff = 4.33 ,95% CI; 3.88 - 4.78) ความรู้ส่วนใหญ่จากระดับปานกลาง เป็นระดับดี หลังทดลอง การปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (Mean diff=23.15 ,95% CI; 21.23-25.07) จากส่วนใหญ่ระดับปฏิบัติระดับปานกลาง เป็นระดับปฏิบัติมากที่สุด เนื่องมาจากรูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. สามารถเพิ่มพูนความรู้และสร้างความมั่นใจให้กับ อสม. ในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง และการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องช่วยให้ อสม. ได้รับประสบการณ์ตรงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถปรับใช้ความรู้ในสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ สุณารี ทะนะเป็ก, ทศนวรรณ สุพรรณสาย และฉลาด จิวน้อย (2562) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบ ว่าหลังการทดลองแก่นำ มีความรู้ทัศนคติและศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมิตพร จอมจันทร์ (2561) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรสา ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีกระบวนการเริ่มจากการอบรมให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง การประเมินความรู้และทัศนคติและทบทวนให้ความรู้เพิ่ม พบว่าสามารถพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรสาในด้านความรู้ ทัศนคติจากระดับปานกลางและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในระดับน้อยขึ้นมาเป็นระดับมาก รุจิรา อำพันธ์ (2565) จากผลการศึกษาการพัฒนาศักยภาพการใช้แบบสังเกตอาการด้านสุขภาพจิตของ อสม. เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหลังอบรม อสม. มีค่าเฉลี่ย ความรู้และทัศนคติเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับคะแนนของพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยะยาน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก และปกครองท้องถิ่น ควรเป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. และประเมินผลการดำเนินงาน
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง



3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการดูแลสุขภาพจิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นในการคัดกรอง ดูแล และส่งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และนโยบายด้านสุขภาพจิตในระดับปทุมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพของ อสม.
2. ควรมีการวิจัยแบบผสมผสาน (เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ) เพื่อศึกษาปัจจัยและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของรูปแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2561). คู่มือบทบาท อสม. เชี่ยวชาญสุขภาพจิตชุมชน. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). แบบสอบถามสุขภาพจิต (แบบคัดกรองความเครียด, 2Q PLUS, 9Q, 8Q). กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานการเข้ารับบริการของผู้ป่วยซึมเศร้าในปี 2564 และ 2565. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2566). รายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปี 2564 และ 2565. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.
- ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล ศิริภัทตรา จุฑาภรณ์ และอรพินา เกตุพันธ์. (2564). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยภูมิ ลอมศรี, รัชณี ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรสาร และธัชวิทย์ วงศ์เข็มมา. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2558). การวัดและประเมินผลการศึกษา. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉลาด ภูระหง, มาลี ไชยเสนา และกุลชญา ลอยหา. (2564). ศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดระยอง. คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 9(1), 369-379.
- ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล, และคณะ. (2564). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(4), 99-110
- พรสุตา แสงสกวา. (2558). บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชุมชนในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพจิตที่ 7. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.



เอกสารอ้างอิง

- ปณิดา เพชรรัตน์. (2564). รูปแบบการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ ประสงค์, 8(3), 1-17.
- รุจิรา อำพันธ์. (2565). การพัฒนาศักยภาพการใช้แบบสังเกตอาการด้านสุขภาพจิตของ อสม. เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกลาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ. มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ.
- ระดิษฐ์ ศรีแสน, รัชนี ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรสาร และธัชวิทย์ วงศ์เข็มมา. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาศักยภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(2), 167-180.
- ศรัณญา จริญญา. (2564). สุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุดรธานี: ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.
- ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. (2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครราชสีมา. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สลิลทิพย์ ไพบูลย์สิทธิวงศ์. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่อำเภอรอยต่อเขตชายแดนจังหวัดสระแก้ว. มหราชชนนศรีธรรมราชเวชสาร 6(2), 71-89
- สายฝน เอกวรารุง และราณี เชษฐนท. (2022). การประเมินสภาพและคัดกรองปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน สายฝน เอกวรารุง (บ.ก.), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 55-77). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- สุนารี ทะนะเป็ก, ทศนวรรณ สุพรรณสาย, ฉลาด จิ๋วออต. (2562). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมิตรพร จอมจันทร์และคณะ. (2561). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา ตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 24(2), 37-49
- อมรพันธุ์ สมร และสีปตระกูล ตันตลานุกุล. (2562). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 27(2), 74-85.
- อรรณ ดวงจันทร์. (2559). มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- Bloom, B. S. (1975). *Learning for mastery. Evaluation Comment*, 1(2), 1-12.
- Kimmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี

ชไมพร จันจุ้ย¹, จูฑารีย์ ศรีหาเวช^{1*} และณัฐริกา มีศรี²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

²โรงพยาบาลชลบุรี

(วันที่รับบทความ: 5 มิถุนายน 2568; วันที่แก้ไข: 30 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 7 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากการคัดกรองด้วยแบบ Timed Up and Go Test ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองที่ประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองของ Bandura เป็นเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนทดลองก่อนการทดลอง ($\bar{X}=38.88$, S.D.=2.71) หลังการทดลอง ($\bar{X}=43.76$, S.D.=2.14) (95% CI=11.46-12.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{24}=10.53$, $p\text{-value}<.01$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม หลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลอง ($\bar{X}=43.76$, S.D.=2.14) กลุ่มเปรียบเทียบ ($\bar{X}=41.20$, S.D.=4.54) (95% CI=11.46-12.87) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t_{48}=2.68$, $p\text{-value}<.01$) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เข้าร่วมโปรแกรม มีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างชัดเจน โปรแกรมนี้จึงสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชนอื่นต่อไปได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โปรแกรม, ส่งเสริมความสามารถตนเอง, พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

*ผู้รับผิดชอบบทความ: จูฑารีย์ ศรีหาเวช; thitaree.s@siu.ac.th



The Effect of a Self-Efficacy Enhancement Program on Fall Prevention Behaviors among Community-Dwelling Older Adults in Pathum Thani Province

Chamaipron Janjuy¹, Thitaree Srihaweche^{1*} and Nattarika Meesri²

¹Faculty of Nursing, Shinawatra University

²Chonburi Hospital

(Received: 5 June 2025; Revised: 30 June 2025; Accepted: 7 July 2025)

Abstract

This quasi-experimental study employed a two-group, pretest-posttest design to investigate the effects of a self-efficacy enhancement program on fall prevention behaviors among older adults in Rahaeng Subdistrict, Lat Lum Kaeo District, Pathum Thani Province, Thailand. The sample was comprised of 50 community-dwelling elderly individuals at risk of falling, as determined by a Timed Up and Go Test score of 12 seconds or more. Participants were randomly assigned to either the experimental group or the comparison group, with 25 individuals in each group. The experimental group participated in a 6-week self-efficacy enhancement program based on Bandura's theory. Data were collected using a demographic questionnaire and a fall prevention behavior questionnaire. Statistical analyses included descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The results of the research found that after participation, the experimental group had a higher mean score for fall prevention behaviors than before the experiment ($\bar{X}=38.88$, S.D.=2.71) and after the experiment ($\bar{X}=43.76$, S.D.=2.14) (95% CI=11.46-12.87) with statistical significance at the .01 level ($t_{24}=10.53$, $p\text{-value}<.01$). Additionally, the mean score for fall prevention behaviors after the experiment among the experimental group was higher than in the comparison group (experimental group ($\bar{X}=43.76$, S.D.=2.14) and comparison group ($\bar{X}=41.20$, S.D.=4.54) (95% CI=11.46-12.87)) with a statistical significance at the .01 level ($t_{48}=2.68$, $p\text{-value}<.01$). These findings indicate that elderly individuals at risk of falling who participated in the program demonstrated significant improvements in fall prevention behaviors. The program can therefore serve as a model for promoting fall prevention behaviors in other community settings.

Keywords: older adults, fall prevention behaviors, self-efficacy, enhancement program

***Corresponding author:** Thitaree Srihaweche; thitaree.s@siu.ac.th



บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรนี้นำมาซึ่งความท้าทายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มประชากรนี้การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยในปี 2566 ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มสูงถึง 1,472 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะหกล้มทุกปี โดยร้อยละ 20 ของผู้หกล้มจะได้รับการบาดเจ็บ และผู้หญิงหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.6 เท่า (กรมควบคุมโรค, 2565) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัยพบว่าทางด้านร่างกาย พบว่า การมองเห็นลดลง ความสามารถในการทรงตัวลดลง การเคลื่อนไหวลำบาก ร่วมกับการมีโรคประจำตัวและการรับประทานยา อาจส่งผลให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งผู้สูงอายุมีความไวต่อการหกล้มที่เพิ่มขึ้น พบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับการหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งใน 1 ปี (Dadgari et al., 2015) สำหรับจังหวัดปทุมธานีในปี 2567 มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 215,126 คนคิดเป็นร้อยละ 17.52 ของจำนวนประชากรทั้งจังหวัด มีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 139,397 คนคิดเป็นร้อยละ 11.35 ของจำนวนประชากรทั้งจังหวัด (สำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง, 2568) มีรายงานการพลัดตกหกล้มในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ระหว่างปี 2561 ถึง 2566 พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปหกล้มต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 134 ถึง 692 ราย (กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2568)

ผลกระทบของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีความรุนแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยพบว่า ด้านร่างกาย เมื่อเกิดการหกล้มผู้สูงอายุก็จะเกิดการบาดเจ็บ ทั้งอาจเป็นแผลเล็กหรือใหญ่ อาจพิการหรือรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ด้านจิตใจเมื่อร่างกายไม่แข็งแรงผู้สูงอายุมักกลัวการหกล้ม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาจเคยหกล้มไปแล้ว จะยิ่งกลัวมากขึ้น เกิดความกังวลและขาดความมั่นใจในการเดิน จนเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ ด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกิดการบาดเจ็บ ผู้สูงอายุก็ต้องไปโรงพยาบาล ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ยิ่งรุนแรงมาก จนถึงขั้นต้องพักฟื้นในโรงพยาบาลหลายวัน จะยิ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายยิ่งสูงขึ้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564)

แม้จะมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงพบช่องว่างในการวิจัยที่สำคัญ คือ ขาดการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในบริบทของชุมชนท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีลักษณะทางประชากรและสภาพแวดล้อมที่เฉพาะ การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการหกล้มที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดปทุมธานี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่มีความเหมาะสมในการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อธิบายการคงอยู่ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้



โดยมีการศึกษาที่ระบุว่าหากผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนย่อมนำไปสู่การปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดังการศึกษาของ ตติยา เฟิงชัย, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ และสมัทนา กลางคาร (2567) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการหกล้ม ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันการหกล้ม และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจากการศึกษาของ ธนพงษ์ เทศนิยม และคณะ (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอยะโฮง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการป้องกันการหกล้ม สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและประสิทธิผลของโปรแกรกดังกล่าวต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานีอย่างเร่งด่วนเนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างมากและมีอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย ได้โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่มีประสิทธิผลและเหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชน มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ดีขึ้น ลดอัตราการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บในผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนามาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุระดับชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุภายในและระหว่างกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



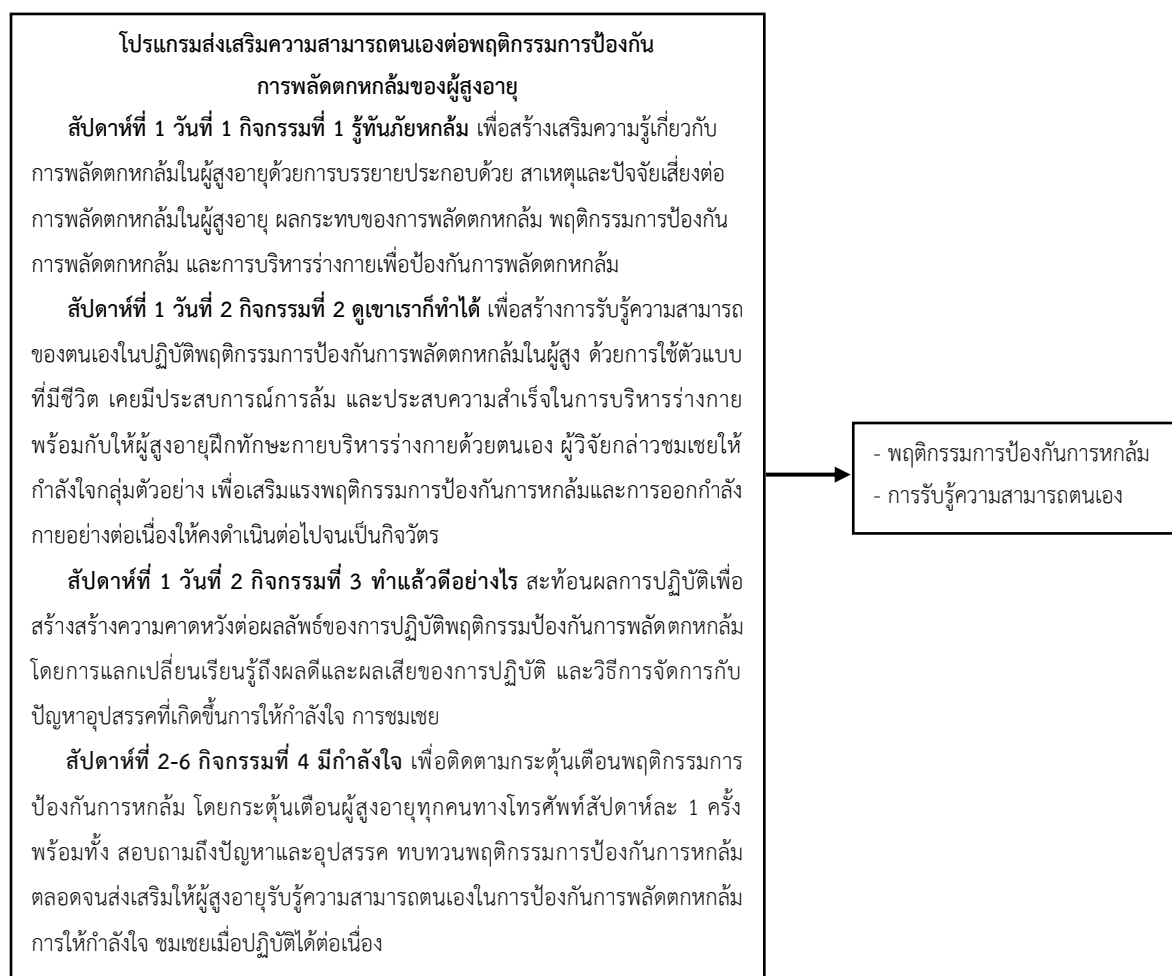
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดำเนินกิจกรรมกับผู้สูงอายุในชุมชนเป็นรายกลุ่ม จำนวน 4 กิจกรรม ใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มโดยใช้การวัดก่อนและหลังเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และลดอิทธิพลของความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (The pretest-posttest design with nonequivalent groups) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60-79 ปี เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่อาศัยอยู่ในตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี จำนวนทั้งหมด 2,150 คน

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

- 1) เป็นผู้สูงอายุเพศชายหรือหญิง อายุระหว่าง 60-79 ปีบริบูรณ์ ณ วันที่คัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย
- 2) มีภูมิลำเนาและพักอาศัยอยู่ในตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี อย่างน้อย 6 เดือนก่อนวันคัดเลือก
- 3) จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม โดยมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป จากแบบประเมินของ Jitapunkul et al (1994)
- 4) ผ่านการคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ด้วยแบบทดสอบ Timed Up and Go Test (TUG) โดยใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที หรือไม่สามารถทำแบบทดสอบได้
- 5) ผ่านการทดสอบสมรรถภาพสมอง ด้วยแบบทดสอบ Mini-Cog ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ถือว่าปกติ
- 6) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดีพอที่จะตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
- 7) ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยอย่างครบถ้วน และแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ (Informed consent)

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

- 1) มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีคะแนน Mini-Cog น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ถือว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)
- 2) มีความพิการทางการเคลื่อนไหวที่รุนแรง เช่น อัมพาต อัมพฤกษ์ หรือจำเป็นต้องใช้รถเข็นตลอดเวลา
- 3) มีโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ได้และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคหัวใจล้มเหลวระยะรุนแรง
- 4) โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน โรคทางจิตเวชที่รุนแรง หรือโรคติดเชื้อรุนแรง
- 5) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบถ้วนตลอดระยะเวลาศึกษา (เช่น มีแผนเดินทาง/ย้ายที่อยู่
- 6) หรือมีข้อจำกัดด้านเวลา)
- 7) มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็นที่รุนแรงจนเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมและการประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจากการคัดกรองด้วยแบบ Timed Up and Go Test ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาทีหรือทำไม่ได้ จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 25 คน โดย



ทำการศึกษากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติให้แล้วเสร็จ จึงเริ่มดำเนินการศึกษากลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล รวมทั้งป้องกันการเกิดปัญหาด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับสลากรายชื่อหมู่บ้านจากตำบลละแห่ง โดยกำหนดให้หมู่บ้านที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่บ้านที่ 2 เป็นกลุ่ม จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 25 คน รวมทั้งหมด 50 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณหาอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) .08 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) .05 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลางที่สามารถลดการเกิด Type I Type II Error (Burn & Grove, 2005) และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตาราง Statistical Power Table ของ Burn and Grove (2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 22 ราย และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย รวมทั้งสิ้น 50 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยมี 3 ประเภทดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1.1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Mini-Cog ของ Trongsakul et al (2015) มี 2 ส่วน คือ การทดสอบความจำโดยให้จำของ 3 สิ่ง (Three time recall) และการวาดรูปหน้าปัดนาฬิกา (Clock drawing test) คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน แปลผลโดยรวมคะแนนทั้ง 2 ส่วน จุดตัดของคะแนน (Cut point) คือ คะแนนน้อยกว่า 3 ถือว่ามีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)

1.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ของ Colin, Wade, Davies, et al (1988) ได้ปรับปรุงและพัฒนาโดยสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) จำนวน 10 ข้อ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์การให้คะแนน คือ 0-4 คะแนนระดับต่ำมาก มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด 5-8 คะแนนระดับต่ำ มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่ 9-11 คะแนนระดับปานกลาง มีภาวะพึ่งพาบางส่วน และ 12 คะแนนขึ้นไป คะแนนระดับสูง มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย

1.3 การทดสอบการทรงตัว Timed Up and Go test: TUG ของคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข (2564) เกณฑ์การประเมิน ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาทีหรือทำไม่ได้ ถือว่า มีความเสี่ยงหกล้ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพในปัจจุบัน โรคประจำตัว ยาที่ใช้เป็นประจำ ประวัติการหกล้ม (ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา)



2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 15 ข้อ เรื่องการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชีวิตประจำวัน ที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน ปฏิบัติเกือบทุกวัน ปฏิบัติบางวัน ปฏิบัติน้อยมาก และไม่ปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 5 คะแนน โดยคะแนนรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 0-60 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ 51-60 คะแนน ระดับพฤติกรรมดีมาก 46-60 คะแนน ระดับพฤติกรรมดี 31-45 คะแนน ระดับพฤติกรรมปานกลาง 16-30 คะแนน ระดับพฤติกรรมน้อย และ 0-15 คะแนน ระดับพฤติกรรมน้อยมาก

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นการดำเนินกิจกรรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 กิจกรรมที่ 1 รู้ทันภัยหกล้ม เพื่อสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุด้วยการบรรยายประกอบด้วย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ผลกระทบของการพลัดตกหกล้ม พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการบริหารร่างกายเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ดูเราทำได้ เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูง ด้วยการใช้ตัวแบบที่มีชีวิต เคยมีประสบการณ์การล้ม และประสบความสำเร็จในการบริหารร่างกาย พร้อมทั้งให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะกายบริหารร่างกายด้วยตนเอง ผู้วิจัยกล่าวชมเชยให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเสริมแรงพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องให้คงดำเนินต่อไปจนเป็นกิจวัตร

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ทำแล้วดีอย่างไร สะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อสร้างสร้างความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงผลดีและผลเสียของการปฏิบัติ และวิธีการจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นการให้กำลังใจ การชมเชย

สัปดาห์ที่ 2-6 กิจกรรมที่ 4 มีกำลังใจ เพื่อติดตามกระตุ้นเตือนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุทุกคนทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมทั้ง สอบถามถึงปัญหาและอุปสรรค ทบทวนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อปฏิบัติได้ต่อเนื่อง

3.2 คู่มือป้องกันการพลัดตกหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2564)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ 0.88 และนำแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตก



หกล้ม ไปตรวจสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ่อเงิน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81 และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ 0.80 จากนั้นนำโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของการนำไปใช้จริง ผลการทดลองใช้พบว่า ขั้นตอนและกิจกรรมในโปรแกรมฯ น่าสนใจจัดกิจกรรมเป็นขั้นตอนชัดเจน เวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยและเครื่องมือการวิจัย ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยชินวัตร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2568 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 นัดผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยการอ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุตอบ ดำเนินการวิจัยในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 6 โดยใช้เวลาการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 45 นาที
2. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชุดเดิม และให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยการอ่านข้อคำถามให้ผู้สูงอายุตอบ เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ โดยใช้สถิติพรรณนา
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ โดยใช้สถิติ Independent t-test



จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRB 2025/07 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.00 อายุเฉลี่ย 66.9 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 42.00 และช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 40.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 68.00 ผู้สูงอายุทุกคนมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 60.00 โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 60.00 ยาที่ใช้เป็นประจำ คือ กลุ่มยาลดไขมัน ร้อยละ 60.00 ทั้งหมดไม่มีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 25 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.00 อายุเฉลี่ย 68.5 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 60.00 และช่วง 70-79 ปี ร้อยละ 40.00 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 74.00 ผู้สูงอายุทุกคนมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 40.00 รองลงมา อาชีพค้าขายร้อยละ 24.00 โรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.00 ยาที่ใช้เป็นประจำคือ กลุ่มยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 54.00 ทั้งหมดไม่มีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันตามนัยยะสำคัญทางสถิติ ($t_{48}=1.20, p=.21$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	25	38.88	2.71	-1.64	-4.07	1.20	48	.21
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	40.52	5.43		0.79			

* $p\text{-value}<.05$

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม กลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองมีคะแนนมากกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{24}=10.53, p<.01$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม กลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	t	df	p-value
ก่อนการทดลอง	25	38.88	2.71	4.88	3.92	10.53	24	<.01*
หลังการทดลอง	25	43.76	2.14		5.84			

*p-value<.05

พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในระยะหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ในระยะหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{48}=2.68, p<.01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ในระยะหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	25	43.76	2.14	2.68	48	<.01*
กลุ่มเปรียบเทียบ	25	41.20	4.54			

*p-value<.05

อภิปรายผล

กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p<.01$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว เป็นการส่งเสริมความสามารถตนเองส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง เพื่อป้องกันการพฤติกรรมการพลัดตกหกล้มที่เพิ่มมากขึ้น จากการที่ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม จากการดำเนินกิจกรรมที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรม โดยการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบของการพลัดตกหกล้มและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ร่วมกับกิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยจัดให้ผู้สูงอายุดูตัวแบบที่มีชีวิต (Live model) เคยมีประสบการณ์การล้ม เป็นผู้นำสาธิตการบริหารร่างกาย การที่ผู้สูงอายุได้เห็นแบบหรือประสบการณ์ผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุ จดจำและเลียนแบบตามตัวแบบนั้น เกิดความมั่นใจ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ด้วยตนเอง และให้ผู้สูงอายุฝึกทักษะการบริหารร่างกายด้วยตนเอง เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ตรงในการ



เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้วประสบความสำเร็จ อีกทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงผลดีและผลเสียของการปฏิบัติ จัดการกับปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น ให้กำลังใจและชมเชย ร่วมกับการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์โดยการติดตามกระตุ้นเตือน ผู้สูงอายุทางโทรศัพท์ทุกรายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เมื่อผู้สูงอายุมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีความผ่อนคลาย จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถตนเองที่เพิ่มขึ้น และนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ถูกต้อง และเหมาะสมยิ่งขึ้น ดังเห็นได้จากผลการวิจัย ดังนี้

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t_{48}=1.20, p=.21$) สะท้อนถึงความสอดคล้องของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มในด้านข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนรับโปรแกรม โดยเป็นผลจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในบริบทเดียวกัน นอกจากนี้ ในช่วงหลังโควิด 19 ผู้สูงอายุในชุมชนมีรูปแบบการใช้ชีวิตและการดูแลสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน มากขึ้น ส่งผลให้ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลอง (Lau et al., 2023)

ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบบ้างมีนัยสำคัญต่อวิถีชีวิตและพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะในช่วงปี 2563-2566 ที่มีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมและการอยู่บ้านมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าสังคมและทำกิจกรรมทางกายภาพลดลง สมรรถภาพร่างกายและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองจึง ลดลงตามไปด้วย (Oliveira et al., 2021; Lau et al., 2023) ผลกระทบนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบมีลักษณะพฤติกรรมสุขภาพที่ใกล้เคียงกันมากขึ้นในช่วงก่อนการทดลอง ซึ่งอธิบายได้ว่าทำไมคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระยะก่อนการทดลองระหว่างสองกลุ่มจึงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($t_{48}=1.20, p=.21$) นอกจากนี้ ผลกระทบของโควิด 19 ยังอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลหรือระมัดระวังตัวมากขึ้น ส่งผล ต่อการประเมินพฤติกรรมของตนเองและการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน การจัดโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเอง ในช่วงหลังโควิด 19 จึงมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้กลับมาอยู่ในระดับที่ เหมาะสมและปลอดภัยมากขึ้น

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ยหลังทดลอง 43.76, S.D.=2.14; ก่อนทดลอง 38.88, S.D.=2.71; $t_{24}=10.53, p<.01$) โดย คะแนนเปลี่ยนจากระดับปานกลาง เป็นดี สะท้อนว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura สามารถเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการป้องกันการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลไกที่สำคัญ คือการฝึกปฏิบัติจริง การเห็นตัวอย่าง (live model) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการติดตามกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของตติยา เพ็งชัย, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ และสุมิทนา กลางคาร (2567) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเทศบาลเมืองศรีสะเกษ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้



ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม ($p < .01$) และสอดคล้องกับงานวิจัยล่าสุดทั้งในและต่างประเทศที่รายงานว่า โปรแกรมเสริมสร้าง self-efficacy สามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ (Sibley et al., 2024; Wangpayom et al., 2023; Soh et al., 2021) งานวิจัยนี้จึงสนับสนุนว่าการออกแบบโปรแกรมโดยใช้หลัก self-efficacy theory มีความเหมาะสมและให้ผลดีในหลายบริบทของผู้สูงอายุไทย

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{24} = 10.53$, $p < .01$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wangpayom et al. (2023) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง self-efficacy มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ การสนับสนุนทางสังคม การฝึกปฏิบัติจริง และการติดตามอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมนี้

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรม หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (43.76 vs 41.20 ; $t_{48} = 2.68$, $p < .01$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองมีประสิทธิภาพดีกว่าการดูแลแบบปกติ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยล่าสุดที่พบว่าโปรแกรมที่ออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน สามารถเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มได้ดีกว่าการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำทั่วไป (Sibley et al., 2024; La Porta et al., 2022) และเพ็งชัย, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ และสุ่มัทนา กลางคร (2567) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมลักษณะนี้มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สรุปโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่เพิ่มขึ้น สามารถลดอุบัติเหตุและผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อจำกัดของการวิจัย คือ แม้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะเหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในชุมชนตำบลระแหง แต่ยังขาดการทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะต่างกัน เช่น กลุ่มติดบ้าน กลุ่มที่มีโรคประจำตัวรุนแรง หรือกลุ่มในพื้นที่ชนบทห่างไกล

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรที่ปฏิบัติการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนพื้นที่อื่นๆ ได้



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะติดตามผลพฤติกรรมในระยะยาว (Follow-up) เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ และความคงอยู่ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม
2. ควรมีการขยายผลการนำโปรแกรม ฯ ไปใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะแตกต่าง เช่น กลุ่มติดบ้าน
3. ควรพิจารณาใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองร่วมกับกิจกรรมทางกายภาพและเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การบูรณาการกับมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มอื่นๆ เช่น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยเสริมสร้างผลลัพธ์ให้ดียิ่งขึ้น
4. กลุ่มตัวอย่างมีขนาดค่อนข้างเล็กและอยู่ในชุมชนเดียวกัน เมื่อเทียบกับการวิจัยเชิงทดลองในระดับประชากร ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดอาศัยอยู่ในตำบลละแวง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นชุมชนเดียวกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกันมาก แม้จะช่วยลดตัวแปรแทรกซ้อนด้านบริบท แต่ก็อาจจำกัดการนำผลการวิจัยไปใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่หรือบริบทอื่นที่มีความแตกต่าง เช่น ชุมชนเมืองใหญ่หรือพื้นที่ชนบทที่มีปัจจัยแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *การหกล้มในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/548>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *การป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23843>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *ภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุไทย ในอนาคตอีก 20 ปี: อนามัยพยากรณ์*. สืบค้นจาก <https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198>
- กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *ข้อมูลการพลัดตกหกล้ม (W00 -W19) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=23567&deptcode=>
- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บริษัท ฌจันตา ศรีเอชเอ็น จำกัด.
- ธนพงษ์ เทศนิยม, นิภา มหารัชพงษ์, บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ และศศิธร สกุลกิม. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภอร่องทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(4), 90-95.
- ตติยา เฟื่องชัย, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ และสมัทนา กลางคาร. (2567). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(01), 49-60.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2564). *คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (ยากันล้ม)*. สืบค้นจาก <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/201577>



เอกสารอ้างอิง

- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2568). สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน) ประชากรรายอายุ แยกตามเพศ จังหวัดปทุมธานี ข้อมูลเดือน มิถุนายน 2567. สืบค้นจาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/displayData>
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization* (5th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Colin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Home, V. (1988). The Barthel ADL Index: a reliability study. *International Disability Studies*, 10(9), 61-63.
- Dadgari, A., Hamid, T. A., Hakim, M. N., Mousavi, S. A., Dadvar, L., Mohammadi, M., & Amerian, N. (2015). The role of self-efficacy on fear of falls and fall among elderly community dwellers in Shahroud, Iran. *Nursing practice today*, 2(3), 112-120.
- Jitapunkul, S., et al. (1994). Activities of daily living in Thai elderly. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 77(10), 555-562.
- La Porta, F., et al. (2022). Standing strong: A systematic review of multifaceted fall prevention in older adults. Retrieved from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.08.05.24311505v1.full>
- Oliveira, M. R., et al. (2021). Covid-19 and the impact on the physical activity level of elderly people: A systematic review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 29(6), 1102-1110.
- Lau, J., Koh, W. L., Ng, J. S., Khoo, A. M., & Tan, K. K. (2023). Understanding the mental health impact of COVID-19 in the elderly general population: A scoping review of global literature from the first year of the pandemic. *Psychiatry research*, 329, 115516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115516>
- Sibley, K. M., et al. (2024). Stepping on fall prevention program reduces falls in older adults: An observational prospective study. *Journal of Gerontological Nursing*, 49(8), 43-50.
- Soh, S. L., et al. (2021). Interventions and measurement instruments used for falls efficacy in community-dwelling older adults: A systematic review. *Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls*, 7(3), 151-164.



เอกสารอ้างอิง

- Trongsakul, S., Lambert, R., Clark, A., Wongpakaran, N., & Cross, J. (2015). Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(5), 594-600.
- Wangpayom, S., et al. (2023). The effect of self-efficacy enhancement program on fall prevention behaviors and physical capabilities of elderly persons in community. *Naresuan Medical Journal*, 17(3), 1-12.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจก เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในลูกตา

อุบลวรรณ วงศ์นายโกด^{1*}, สุลักษณ์ จันทวีสุข¹, ลักษณ์ ทามา¹ และวิรัตน์ อาจหาญ¹

¹กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 23 มิถุนายน 2568; วันที่แก้ไข: 17 กรกฎาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 23 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจกเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในลูกตา กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลห้องผ่าตัดเฉพาะสาขาจักษุ เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 20 คน และผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจก จำนวน 291 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลแบบบันทึกผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในลูกตา และแบบประเมินภาวะติดเชื้อในลูกตาล้างผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และไคสแควร์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ มีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.83$, S.D.=0.66) เมื่อแยกระยะผ่าตัด พบมีความเหมาะสมในระดับมาก คือระยะหลังผ่าตัด ($\bar{X}=3.66$, S.D.=0.51) เมื่อจำแนกตามบทบาทพบว่า บทบาทผู้ช่วยรอบนอกมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.76$, S.D.=0.38) และความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบมีความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 97.5 และ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ร้อยละ 96.6 ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีสลายต้อกระจกส่วนใหญ่ไม่พบอาการที่จะนำไปสู่ภาวะติดเชื้อในลูกตาร้อยละ 98.3 อัตราภาวะติดเชื้อในลูกตาเท่ากับ 0 % การนำผลการวิจัยไปใช้ นำแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจกและในรายอื่น ๆ ได้ในบริบทที่ใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยต้อกระจก, การผ่าตัดเลนส์แก้วตาเทียม, แนวปฏิบัติการพยาบาล, การติดเชื้อในลูกตา

*ผู้รับผิดชอบบทความ: อุบลวรรณ วงศ์นายโกด; ubonwan.2429@gmail.com



Development of Clinical Nursing Practice Guidelines to Prevent Endophthalmitis in Cataract Patients Undergoing Intraocular Lens Implantation

Ubonwan Wongnaigod^{1*}, Sulakkana Janthaweesuk¹, Lakkana Thamma¹ and Wirongrat Arthan

¹Operative Nursing care Department Sunpasithiprasong Hospital Ubonrachatani Province

(Received: 23 June 2025; Revised: 17 July 2025; Accepted: 23 July 2025)

Abstract

This research and development study aimed to develop nursing practice guidelines for patients undergoing intraocular lens implantation for cataract surgery to prevent endophthalmitis. The purposive sample consisted of 20 ophthalmic operating room nurses and 291 cataract patients who underwent intraocular lens implantation. Data were collected between January and April 2025. Instruments included a nursing guideline adherence evaluation form and a patient record form for monitoring cases of endophthalmitis. Data were analyzed using descriptive statistics, and chi-square test.

The results revealed that the nursing practice guideline was rated as highly appropriate ($\bar{X}$ =3.835, S.D.=0.66). When classified by nursing role, the circulating nurse role was highly rated appropriate ($\bar{X}$ =3.76, S.D.=0.38). Regarding feasibility, 97.5% of nurses agreed that the guideline was highly feasible. Among the 20 nurses at Sunpasithiprasong Hospital, most were able to adhere to the guidelines effectively. Of the 291 patients, 286 (96.6%) received care in accordance with the guideline, and 10 patients (3.4%) did not. Overall, 286 patients (98.3%) did not develop postoperative infection. The rate of endophthalmitis was 0%. The guideline can be applied for implementation to peri operating nursing care in another cases ophthalmic surgery.

Key word: cataract patients, Intraocular lens implantation, nursing practice guidelines, endophthalmitis

Corresponding Author: ubonwan.2429@gmail.com



บทนำ

โรคต้อกระจก (Cataract) เป็นภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่น ทำให้สายตาฝ้าฟางหรือพร่ามัวโดยไม่มีอาการเจ็บปวด หากไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เลนส์แก้วตาแข็งและเปลี่ยนเป็นหินน้ำตาตาส่งผลกระทบต่อการมองเห็น (กนกพร อริยวงค์, ศุภพร ไพโรอุดม และทานตะวัน สลิวงศ, 2562) องค์การอนามัยโลก ประเมินว่าโรคต้อกระจกเป็นสาเหตุหลักของการตาบอดทั่วโลก โดยมีผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกคิดเป็นร้อยละ 51.64 (ภัสชญำ ภูอาบ่อ, 2566) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มสูงมากขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงของต้อกระจกได้แก่ การเสื่อมตามวัย โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การใช้ยาสเตียรอยด์ และการสัมผัสรังสียูวี เป็นต้น

การรักษาผ่าตัดต้อกระจกเป็นแผลผ่าตัดสะอาด (clean wound) เกณฑ์การควบคุมคุณภาพ อัตราการติดเชื้อมีอัตราการติดเชื้อน้อยกว่า ร้อยละ 1 และภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ไม่รุนแรงและสามารถรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ 1) การผ่าตัดต้อกระจกโดยวิธีการสลายตัว (phacoemulsification) 2) การผ่าตัดต้อกระจกทางเลือกโดยใช้เลเซอร์ (femtosecond laser-assisted cataract surgery) 3) การผ่าตัดต้อกระจกโดยวิธีเอาออกทั้งก้อน (extracapsular cataract extraction, ECCE) 4) การผ่าตัดต้อกระจกแผลเล็ก (manual small incision cataract surgery, MSICS) (Charles & McGhee, et al., 2020) เป็นการผ่าตัดนำเลนส์แก้วตาออกทั้งก้อนรวมทั้งถุงหุ้มเลนส์ (intracapsular cataract extraction, ICCE) แม้ว่าการผ่าตัดต้อกระจกจะมีความปลอดภัยสูง แต่ก็เป็นการรักษาที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะภาวะการติดเชื้อในลูกตา (Endophthalmitis) ซึ่งเป็นภาวะอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อของช่องลูกตาส่วนหน้าและหลัง พบได้ประมาณร้อยละ 0.07-0.12 ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก (รวินท์นิภา ภักดี, 2566)

การติดเชื้อภายในลูกตา (endophthalmitis) เป็นการอักเสบที่ช่องตาส่วนหน้าหรือหลังของตา เป็นภาวะแทรกซ้อนทางตาที่พบไม่บ่อยแต่รุนแรงจนเป็นอันตรายต่อการมองเห็นของการผ่าตัดตา มักเกิดจากการผ่าตัดต้อกระจก พบได้ประมาณร้อยละ 0.04 ภาวะนี้อาจส่งผลให้สูญเสียการมองเห็นอย่างถาวร จากการศึกษาพบว่า ถุงหุ้มเลนส์ส่วนหลังแตกในระยะผ่าตัด เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อภายในลูกตา (endophthalmitis) มากถึง 6 เท่า (รวินท์นิภา ภักดี, 2566) การติดเชื้อเกิดจากหลายช่องทาง จำแนกได้ 2 ช่องทางได้แก่ 1) เกิดจากเชื้อโรคภายนอกเข้าสู่ร่างกายโดยตรง (exogenous endophthalmitis) หรือเข้าสู่ดวงตาเกิดขึ้นโดยการฉีดยา และ 2) ผ่านทางแผลผ่าตัดและการติดเชื้อภายในร่างกายอยู่ก่อนแพร่กระจาย ตามกระแสเลือดเข้าสู่ภายในลูกตา (endogenous endophthalmitis) นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตาหลังผ่าตัดต้อกระจก ได้แก่ ผู้สูงอายุ ในเพศชายพบอัตราส่วนความเสี่ยงเป็น 2 เท่า รวมทั้งผู้ที่มิโรคร่วม ส่วนกรณีที่มีอุบัติเหตุน้ำตาพบว่าความเสี่ยงที่จะติดเชื้อสูงขึ้นเป็นร้อยละ 2.4-17 โดยเฉพาะอุบัติเหตุน้ำตาที่เกิดขึ้นในชนบท (Althiabi, Aljbreen, Alshutily, et al., 2022)

นอกจากนี้ยังมีรายงานในขณะผ่าตัดมีน้ำวุ้นตารั่ว (vitreous loss) ในขั้นตอนผ่าตัดแคปซูลเลนส์แก้วตาหรือการตัดน้ำวุ้นตาส่วนหน้า (anterior vitrectomy) ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อภายในลูกตา สำหรับอาการส่วนใหญ่ของภาวะติดเชื้อในลูกตา พบมีอาการปวดตา ตามัวลง ตาแดง น้ำตาไหล มีขี้ตา มีหนองในช่องหน้าม่านตา มีการอักเสบของน้ำวุ้นตา



(Christopher et al., 2020) ผลกระทบจากการมีภาวะติดเชื้อภายในลูกตาหลังผ่าตัด นอกจากจะทำให้สูญเสียการมองเห็นแล้ว ยังเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา มีผลต่อคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยผ่าตัด

จากสถิติการผ่าตัด พบผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียม ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ในปี 2565-2567 พบมากใน 5 อันดับโรคที่ผ่าตัด จำนวน 993, 1,098 และ 1,071 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์เทียมจำนวน 0, 2, 3 รายตามลำดับคิดเป็นร้อยละ 0, 0.19, 0.26 ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การควบคุมคุณภาพแผลผ่าตัดสะอาดติดเชื้อ เท่ากับ 0 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่าตัดซ้ำ เนื่องจากให้การรักษาผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง และซับซ้อนมากขึ้น เช่น การผ่าตัดจอประสาทตา เป็นต้น ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ระยะเวลานานในโรงพยาบาลมากขึ้น เสียภาพลักษณ์การให้บริการ แสดงถึงคุณภาพในการบริการผ่าตัด หน่วยงานจึงได้มีการวิเคราะห์หาสาเหตุ ตามกระบวนการปฏิบัติงานทุกขั้นตอน พบว่าการผ่าตัดแบบเดิม(การผ่าตัดแบบแผลเปิดกว้าง (extracapsular cataract extraction) มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน โดยเฉพาะในระยะผ่าตัดที่มีกระบวนการการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่ไม่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน เนื่องจากขั้นตอนการผ่าตัดยังมีการนำเครื่องมือผ่าตัดที่ทันสมัยหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้น้อย แตกต่างการผ่าตัดแบบใหม่ (phacoemulsification) ที่มีกระบวนการการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และมีการนำเครื่องมือผ่าตัดที่ทันสมัยหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงมาใช้ โรงพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาให้สอดคล้องกับการให้พยาบาลทั้ง 3 ระยะผ่าตัด ที่มีความซับซ้อนมากขึ้น การฝึกอบรมทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดดังกล่าวมีแนวทางไม่ชัดเจน ประกอบกับกับหน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใสเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต่อกระจกแบบใหม่ ไม่ชัดเจน หรือทันสมัย การควบคุม ดูแล กำกับในขั้นตอนการผ่าตัดจึงไม่ครอบคลุมการพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในทุกระยะผ่าตัด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียมเพื่อป้องกันติดเชื้อภายในลูกตา โดยให้การพยาบาลครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยใช้การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์และศึกษาผลลัพธ์ของการนำแนวปฏิบัติ ใดๆไปใช้ในผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกใสเลนส์ตาเทียม

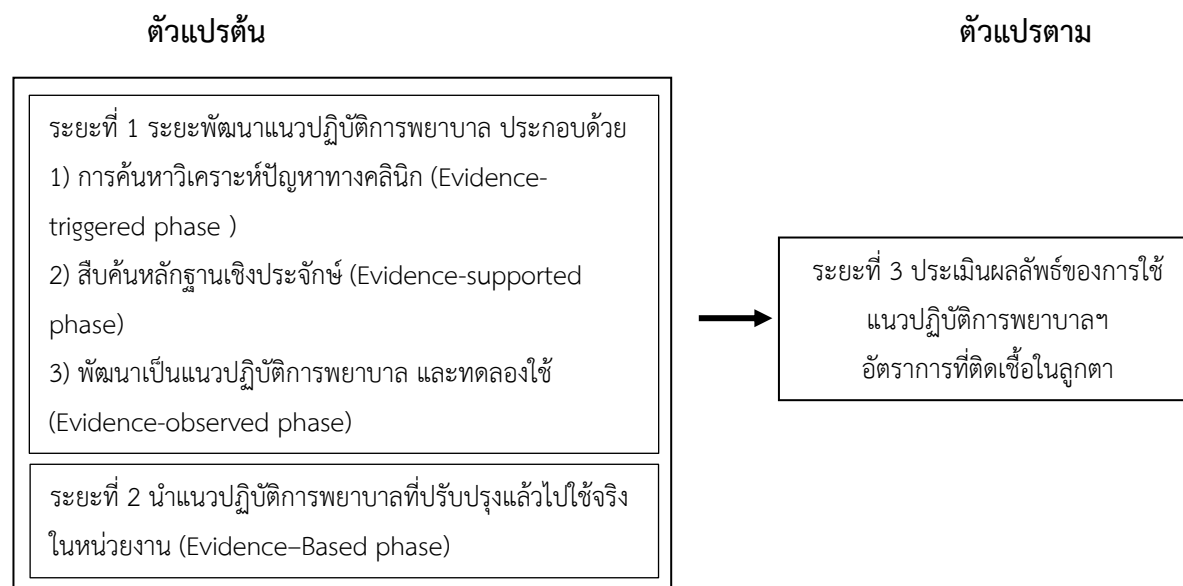
วัตถุประสงค์

1) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต่อกระจกเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในลูกตา

2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต่อกระจก เพื่อลดอัตรา endophthalmitis $\leq 0.1\%$



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานงานวิจัย

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาไม่สัมพันธ์กับภาวะติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย รูปแบบการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and development study) ประยุกต์ใช้แนวคิดของ ซูกัพ (Soukup, 2000) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจกเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในลูกตา เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567 รวมระยะเวลา 6 เดือน ระยะที่ 2 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-Based phase) โดยนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2568 รวม 3 เดือน และระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ (Evidence Based Phase) โดยประเมินภาวะติดเชื้อและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ที่พัฒนาขึ้น เดือนเมษายน 2568 รวมระยะเวลาทั้งหมด 10 เดือน มีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจกเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในลูกตา โดยมีขั้นตอนแนวปฏิบัติ (Procedure & Guideline) ดำเนินการระหว่างเดือน กรกฎาคม-ธันวาคม 2567 ดังนี้



1. การค้นหาวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก (Evidence-triggered phase) โดยการประชุมปรึกษากับทีมบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียมนำเสนอขอขอบเขตการดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล

1) การทบทวนวิเคราะห์และการคัดเลือกปัญหาจากการปฏิบัติงาน (Practice triggered) ที่ปฏิบัติเป็นประจำ และผู้รับบริการ และศึกษาจากแหล่งข้อมูลต่างๆ นำไปสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) ที่โดยกำหนดคำในการสืบค้นตามหลักตามกรอบของ PICO Framework สืบค้นจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ PubMed, CINAHL, Google scholar, Library ผลจากการทบทวน ได้บทความที่เกี่ยวข้องกับภาวะติดเชื้อในลูกตา การพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก เป็นต้น ทั้งหมด 23 บทความ แบ่งเป็น PubMed 1 เรื่อง Google scholar 19 เรื่อง และ Library Genesis 3 เรื่อง

2) ประเมินคุณภาพระดับความน่าเชื่อถือตามเกณฑ์ประเมินของ Joanna Briggs, 2014 แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ Level 1-Experimental Designs Level 2-Quasi- Experimental Designs Level 3-Observational-Analytic Designs Level 4-Observational-Descriptive Studies และ Level 5-Expert Opinion and Bench Research

จากหลักฐานที่สืบค้นได้ จำนวน 23 บทความ สามารถนำมาจัดลำดับความน่าเชื่อถือ โดย ระดับ Level 4.d จำนวน 4 บทความ ระดับ Level 3.e 4 จำนวน 4 บทความ Level 2.c จำนวน 5 บทความ ระดับ Level 4.b จำนวน 3 บทความเช่นเดียวกับระดับ Level 5.a จำนวน 3 บทความ ระดับ Level 2.d จำนวน 2 บทความ ระดับ Level 4.a และ ระดับ Level 5.b ระดับละ 1 บทความ

3) ยกร่างเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์ตาเทียมเพื่อป้องกันติดเชื้อในลูกตาและทดลองใช้ (Evidence-observed phase) ตามระยะผ่าตัด รวมทั้งหมด 46 ข้อ

ระยะก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย

1.1 ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน ประเมินความรู้ของผู้ป่วยพร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดต่อกระดูก

1.2 ตรวจสอบความพร้อมและความถูกต้องของผู้ป่วย เช่น ชื่อ-สกุล ชื่อเหตุการณ์ ช่างที่ทำหัตถการ (Mark site) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561)

1.3 เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดตาเชื่อมโยงไปถึงวันที่ผ่าตัด ได้แก่ งดยาต้านเกล็ดเลือด 5-7 วัน ก่อนผ่าตัด งดสูบบุหรี่อย่างน้อย 30 วัน ก่อนผ่าตัด ประวัติการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยอาบน้ำสระผมด้วยสบู่/ยาฆ่าเชื้อเย็นก่อนผ่าตัด

1.4 การตรวจเยี่ยมและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ก่อนเข้าห้องผ่าตัด 5 กิจกรรมสำคัญ ดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน 2) การเยี่ยมก่อนผ่าตัด 3) การจำแนกชนิดการผ่าตัด 4) การส่งต่อข้อมูลกับทีมผ่าตัด และ 5) การเตรียมผู้ป่วยวันผ่าตัด



1.5 ให้ข้อมูลทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วยผ่าตัดการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด การฝึกนอนราบ ประเมินการนอนคลุ่มโป่งด้วยผ้าที่มีความหนาใกล้เคียงกับผ้าคลุมผ่าตัดโดยไม่ขยับตัวให้ได้อย่างน้อย 30 นาที และการเตรียมพร้อมเครื่องมือผ่าตัดฉุกเฉินในกรณีที่แพทย์ทำการฉีดยาชาเข้าตา

1.6 การให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจก อธิบายพยาธิสภาพของโรค การประเมินผู้ป่วยจากประวัติ การตรวจร่างกาย

1.7 การตรวจสอบอุปกรณ์ที่มาของผู้ป่วย เช่น เลนส์แก้วตาเทียม ยาทานก่อนผ่าตัด ประเมินการอักเสบติดเชื้อทุกส่วนภายในร่างกาย เช่น ตา กุ้งยิง แผลอักเสบที่อื่น หรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ถ้ามีควรพิจารณาเลื่อนผ่าตัดและตรวจสอบกำลังเลนส์แก้วตาเทียม (Power IOL) พร้อมตรวจสอบค่าต่างๆตามมาตรฐานและประเมินการมองเห็น (Visual Acuity)

2. การเตรียมความพร้อมในห้องผ่าตัด

2.1 การเตรียมสถานที่ในห้องผ่าตัด ทำความสะอาดห้องผ่าตัด อุปกรณ์ต่างๆและเตียงผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ

2.2 ตรวจสอบการปราศจากเชื้อของเครื่องมือจากตัวบ่งชี้ทางเคมี ทุกกราย

2.3 เตรียมความพร้อมด้านโครงสร้าง เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัด เปลี่ยนชุดห้องผ่าตัดไม่สวมทับชุดที่ใส่มาสวมรองเท้า สวมหมวกหน้ากาก ผ้าปิดปากและจมูก

2.4 ฟอกมือและแขนถึงข้อศอกก่อนผ่าตัดด้วยน้ำยา 4% Chlorhexidine อย่างน้อย 2-6 นาที

2.5 ประเมินผู้ป่วยความสมบูรณ์ของร่างกายตาม American Society of Anesthesiologists (ASA Score)

ระยะผ่าตัด

1. บทบาทพยาบาลช่วยทั่วไป

1.1 แนะนำผู้ป่วยให้เข้าใจการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่โดยการฉีดยาด้านหลังลูกตา (retrobulbar anesthesia) โดยการเตรียมประเมินตาม American Society of Anesthesiology (ASA), basic monitoring (noninvasive blood pressure, pulse oximetry, capnography, electrocardiography)

1.2 จัดเตรียม Povidone-iodine 5% ophthalmic preparation และ Topical anesthetic drops (proparacaine hydrochloride 0.5%)

1.3 จัดเตรียม Gauze package Syringe 5 mL to 10 mL Lidocaine 2% และ Local anesthetic for infiltration

1.4 จัดเตรียม Sharp needle 23 to 25 gauge; length 30 to 38 mm.

1.5 การประเมินก่อนผ่าตัดโดยแพทย์วิสัญญี การจัดการยาที่ใช้ในระหว่างผ่าตัด มีแพทย์วิสัญญีอยู่ด้วยระหว่างหัตถการ



- 1.6 อธิบายขั้นตอนการทำแก้มผู้ป่วย, ห้ามกลอกตาขณะทำการฉีดยา
- 1.7 ตรวจ AXL รวมถึงประวัติการผ่าตัด เช่น SBP, refractive surgery ก่อนทำการฉีดยา
- 1.8 เตรียมยาฉีดยา ผสม 0.5% bupivacaine และ 2% lidocaine without adrenaline 1:1 ใน syringe 5 ml (อาจปรับเปลี่ยนขึ้นกับระยะเวลาที่ผ่าตัด)
- 1.9 เลือกใช้ sharp 25-gauge needle ความยาว 25 mm (สีส้ม)
- 1.10 สังเกต movement ของ globe ขณะฉีดยาและอาการของผู้ป่วยที่ฉีดปกติไป
- 1.11 กดลูกตา 10-15 วินาที พัก 5 วินาที จนครบ 1 นาที หรือจนกว่าตาจะนึ่ม ป้องกันเลือดออกและเปิดเปลือกตาคือว่าสามารถเปิดได้หรือไม่ และไม่มีเลือดออก
- 1.12 การป้องกันการติดเชื้อ โดยการหยอดยาที่เป็น broad spectrum antibiotic หลากยี่ห้อครั้งก่อนเข้าห้องผ่าตัด
2. บทบาทพยาบาลส่งผ่าตัด
 - 2.1 การจัดเตรียมความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัดในภาวะฉุกเฉินขณะแพทย์ให้ (retrobulbar anesthesia)
 - 2.2 นำหลักการการจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยมาใช้ในรูปแบบ Surgical Safety Checklist ทุกระยะของการผ่าตัด คือ Sign in, Time out และ Sign out
 - 2.3 นำหลักการการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอนมาใช้ควบคู่กับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกห้องผ่าตัด
 - 2.4 การปฏิบัติตัวขณะรับการผ่าตัด ผู้ป่วยร่วมมือโดยไม่พูด นอนนิ่งๆ ไม่สะบัดหน้าไม่เกร็งตัวปล่อยตัวตามสบาย ไม่กระพริบตา ไม่หยิตา ห้ามการไอ จาม ถ้าจำเป็นควรบอกแพทย์ถ้ามีอาการ ระยะเวลาการผ่าตัด 10-15 นาที
 - 2.5 จัดเตรียมชุดเครื่องมือสำเร็จแบบใหม่พร้อมใช้ แยกเป็นอุปกรณ์ผ่าตัดตาข้างซ้าย ขวา เพื่อให้บุคลากรในห้องผ่าตัดสามารถใช้เครื่องมือในการผ่าตัดต่อกระจกได้ด้วยความรวดเร็ว ครบถ้วน และสะดวกต่อการใช้งานในห้องผ่าตัด
 - 2.6 จัดกระบวนการการจัดเตรียมเครื่องมือ เริ่มตั้งแต่การใช้ใบตรวจสอบความถูกต้อง (checklist) ของเครื่องมือ ความเหมาะสมที่ใช้งาน (ตาซ้ายหรือตาขวา) ในจำนวนที่ถูกต้องเพื่อส่งผลให้ลดการสูญเสียเวลาในทุกระบวนการลดความผิดพลาดในระบบการจัดเตรียมเครื่องมือและลดเวลาในการหยิบเครื่องมือเพิ่ม รวมถึงความปลอดภัยในห้องผ่าตัด
 - 2.7 ขั้นตอนของการผ่าตัดต่อกระจกต้องมีการใช้สารน้ำ (Irrigation solution) เพื่อช่วยรักษาความชุ่มชื้นให้กับกระจกตาระหว่างการผ่าตัด รักษาสภาพปกติของกระจกตาชั้นใน (corneal endothelium cell) ไม่ให้ถูกทำลายระหว่างผ่าตัด
 - 2.8 การฆ่าเชื้อโรคก่อนการผ่าตัด ก่อนการผ่าตัดตา ในผู้ป่วยใช้ Povidone iodine 5%-10% บนกระจกตา ลูกตา และผิวหนังรอบตาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 นาทีก่อนการผ่าตัด



2.9 จัดเตรียมยาปฏิชีวนะเช่น Moxifloxacin and Vancomycin เพื่อฉีดเข้าไปในตาในขณะที่ผ่าตัดต่อกระจกผ่านกล้องช่วยลดความเสี่ยงทำให้เกิด endophthalmitis หลังผ่าตัด

2.10 เตรียมเครื่องมือสำหรับทำผ่าตัดต่อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม ประกอบด้วย

2.10.1 ทีมบุคลากรที่มีสมรรถนะการพยาบาลเฉพาะสาขาศัลยกรรมหัตถ์ผ่าตัดและเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดต่อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม

2.10.2 การจัดตำแหน่ง/อุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด และเวชภัณฑ์

2.10.3 เตรียมเครื่องมือสำหรับทำผ่าตัดต่อกระจกและใส่เลนส์แก้วตาเทียม

2.10.4 กล้องจุลทรรศน์สำหรับผ่าตัดต่อกระจก

2.10.5 ยาหยอดขยายม่านตา ยาชาเฉพาะที่ชนิดฉีด และยาชาเฉพาะที่ชนิดหยอด และยาปฏิชีวนะ eye pad, eye shield และ micropore

2.10.6 สารน้ำ occlusal, Betadine solution และ ชุดเครื่องมือที่ใช้ใน การผ่าตัดต่อกระจก

2.10.7 ลงบันทึกการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเอกสารการผ่าตัดและ เอกสาร ส่งต่อผู้ป่วยให้สมบูรณ์

ระยะหลังผ่าตัด

1. ระยะเตรียมการเคลื่อนย้าย

1.1 หลังผ่าตัดทุกครั้ง นับเครื่องมือผ่าตัด-หยอดยา ยาปฏิชีวนะ vigamox และ ป้ายตาด้วย maxitol ointment ปิดตาด้วย eye pad และติดmicrospore ก่อน 1 อันจึงปิด eye shield อีกอันบน eye pad

1.2 ประเมินสภาพผู้ป่วย และบันทึกการพยาบาล ประสานหอผู้ป่วยเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย แจ้งศูนย์แปลส่งผู้ป่วยกลับตึก

2. ระยะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2.1 สร้างความเชื่อมั่น ความไว้วางใจในการรักษาให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยนำหลักการการบริหารความปลอดภัย 7 ขั้นตอน มาใช้ควบคู่กับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกห้องผ่าตัดในการดูแลทั้งระยะก่อนการผ่าตัด ระยะขณะผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ

2.2 จัดเตรียมทีมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามมาตรฐานและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยพร้อมทีมอย่างปลอดภัยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย จัดทำนอนให้ผู้ป่วยไม่นอนทับบริเวณตาข้างที่ผ่าตัด

2.3 การใช้อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบแอคทีฟช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์เชิงบวก เช่น ความพึงพอใจและความมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามและร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้นในระหว่างการเคลื่อนย้ายและการฟื้นฟู

3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

3.1 จัดการปัญหาเรื่องความปวด ขณะดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดตาม มาตรฐาน ได้สอน สวัสดิการชีวิต



3.2 พุดคุยด้วยเสียง ผ่านการโทร หรืออาจเป็นการแชตคุยกับคุณหมอ พร้อมส่งรูปภาพให้คุณหมอช่วยวินิจฉัยอาการเพิ่มเติมได้

3.3 คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระเจก คลิวิตติทัศน์ และแผ่นพับ กำหนดระบบการสอนและการสาธิต/การสาธิตย้อนกลับ ทบทวนซ้ำก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย เพื่อประเมินผลลัพธ์ ปัจจัยด้านผลลัพธ์ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ความพึงพอใจ และอัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด

3.4 บริการพบแพทย์ผ่านช่องทางออนไลน์ ที่คุณสามารถพุดคุยปรึกษาอาการเจ็บป่วยกับแพทย์ได้ โดยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นการปรึกษาแบบเห็นหน้า ผ่านการวิดีโอคอล

3.5 หลังการผ่าตัดทุกรายส่งต่อข้อมูลถึงชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องมีการประสานงานขอความร่วมมือในเครือข่าย ได้แก่ รพ.สต. รพช. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

3.6 ความสามารถในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลภายหลังเข้ารับการผ่าตัดต่อกระเจก เช่น ขั้นตอนการหยอดตาถูกวิธีทั้งหมด 9 ขั้นตอน ขั้นตอนการป้ายตาถูกวิธี 5 ขั้นตอน

3.7 จัดให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ จึงเป็นสิ่งเราที่ผ่านประสาทสัมผัสที่มนุษย์เรียนรู้ได้ดี ดึงดูดความสนใจของผู้เรียน จึงส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ

สรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต่อกระเจกเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในลูกตาทั้งหมด 46 ข้อ จำแนกเป็นระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 12 ข้อ ระยะผ่าตัด จำแนกตามบทบาทพยาบาลผู้ช่วยรอบนอก จำนวน 12 ข้อ บทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือ จำนวน 10 ข้อ และระยะหลังผ่าตัดจำนวน 12 ข้อ

4. ประเมินมาตรฐานตรวจสอบคุณภาพ

4.1 ประเมินความเหมาะสมและเป็นไปได้ของร่างแนวทางปฏิบัติที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะการประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติทางคลินิก (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation: AGREEII) (สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, สมชาย พิระปรกรณ์, และสุรจิต สุนทรธรรม, 2556) โดยเครื่องมือนี้เป็นลิเกิร์ต (Likert scale) แบ่งออกเป็น 6 มิติ รวม 23 ข้อ ได้แก่ 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ 4) ความชัดเจนในการนำเสนอ 5) การนำไปใช้ และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการ ความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติพิจารณาจากระดับคะแนนที่ได้โดยในแต่ละมิติ

4.2 ประเมินความเหมาะสมในการนำไปใช้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ประกอบด้วย 1) ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติหรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ 2) มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ (เป็นที่เข้าใจได้ตรงกัน) 3) ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน 4) ความประหยัด (การนำแนวปฏิบัติไปใช้จะช่วยให้งานสามารถประหยัดและลดต้นทุน ทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ 5) ประสิทธิภาพผลของการใช้แนวปฏิบัติ (สามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ) และ 6) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน ประเมินโดยพยาบาลห้องผ่าตัด



ระยะที่ 2 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-Based phase) โดยนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2568 รวม 3 เดือน

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยผ่าตัดจักษุทั้งหมดโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ในปีงบประมาณ 2568 จำนวนทั้งหมด 1,071 คน ผู้ป่วยผ่าตัดในระหว่าง มกราคม-เมษายน 2568 รวม 4 เดือน จำนวน 291 และพยาบาลห้องผ่าตัดเฉพาะสาขา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวน 62 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยผ่าตัด เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ที่ยินยอมให้การรักษาและยินยอมตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการบาดเจ็บที่ลูกตีก่อนการรักษา 2) เป็นผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลห้องผ่าตัดเฉพาะทางสาขาจักษุ จำนวน 20 คน เนื่องจากพยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 62 คน ผู้วิจัยได้เลือกใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (Total population sampling) เนื่องจากประชากรมีขนาดจำกัดและทุกคนมีลักษณะตรงตามเกณฑ์การวิจัย เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ มีดังนี้ 1) ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัดตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป 2) ผ่านการอบรมทักษะพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในหน่วยผ่าตัดจักษุ อย่างน้อย 1 เดือน เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ไม่ผ่านการฝึกทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด 2) เป็นผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยการใช้สูตรทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973) โดยมีเงื่อนไข คือ 1) มีประชากรจำกัด (Finite Population) ทราบจำนวนประชากร 2) ไม่มีการเปรียบเทียบหลายกลุ่ม 3) เหมาะกับการศึกษาวิจัยและพัฒนา (R&D) และ 4) ไม่พิจารณา effect size

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ N = จำนวนประชากร และ e = ค่าคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า = 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายน 2568 รวมจำนวน 291 ราย ถือว่าเพียงพอตามหลักสถิติ โดยมี ค่าความเชื่อมั่น 95% ($\alpha=0.05$) และ Statistical Power 80% ตามมาตรฐานการวิจัยเชิงปริมาณ (Cohen, 1988)

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ (Evidence Based Phase) โดยประเมินภาวะติดเชื้อและการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในเดือนเมษายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัด จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สิทธิการรักษา ผู้ดูแล ประวัติเคยได้รับการผ่าตัด และประวัติการติดเชื้อที่ตา 2) กลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานในห้องผ่าตัด และผ่านการฝึกทักษะการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดจักษุ

2. แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติพยาบาลของที่ยกร่างขึ้นมา จำนวน 46 ข้อ นำมาปรับเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 30 ข้อ โดยการประเมินการปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของพยาบาลโดย 1=ปฏิบัติ



หมายถึง มีพฤติกรรมหรือกระทำตามแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง หรือสม่ำเสมอ และ 0=ไม่ปฏิบัติ หมายถึง ไม่ได้กระทำพฤติกรรมดังกล่าวเลย (Elseesy et al., 2023) และเกณฑ์การแปลผลประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล 3 ระดับ ได้แก่ มาก หมายถึง ข้อความที่ให้มาตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เป็นส่วนใหญ่ ปานกลาง หมายถึง ข้อความที่ให้มาตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นเพียงครึ่งหนึ่ง น้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความที่ให้มาตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงเป็นส่วนน้อย

3. คู่มือการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจกเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในลูกตาพัฒนามาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต้อกระจกของ มนัสวี จรตล (2567)

4. แบบบันทึกผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในลูกตา จำนวน 12 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดของระบบเครือข่ายความปลอดภัยการดูแลสุขภาพแห่งชาติ (The National Healthcare Safety Network: NHSN, 2023) ได้แก่ การติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการบริการวันแรก (Date of event: DOE) ตั้งแต่อนโรงพยาบาล 3 วัน เป็นต้นไปจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านภายใน 2 วัน และพบการติดเชื้อนั้นที่ตำแหน่งผ่าตัดที่อวัยวะหรือโพรงของร่างกายที่เฉพาะเจาะจง (specific sites of an organ/space SSI) อย่างน้อย 1 อย่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมา โดยหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งแบบรายข้อ (Item-level CVI: I-CVI) และทั้งฉบับ (Scale-level CVI: S-CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน มีค่าความตรง 0.8-1.00 และมีความตรงของโครงสร้าง (S-CVI) เท่ากับ 0.97 ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล ฯ พบพยาบาลห้องผ่าตัดที่หมุนเวียนเข้าปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัดแผนกจักษุ มีระดับความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 97.5 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับจำนวน 30 ข้อ นำมาหาความเชื่อมั่น (ค่า Cronbach's Alpha) พบมีค่าความเชื่อมั่น 0.87 แสดงว่าแนวปฏิบัติมีความเชื่อมั่นในระดับดี (ตามเกณฑ์ของ Nunnally & Bernstein, 1994) โดยจำแนกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.67 ส่วนที่ 2 ได้แก่ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และบทบาทพยาบาลส่งผ่าตัด มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ โดยประชุมชี้แจงบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแนวทางการใช้แนวปฏิบัติโดยเปิดโอกาสให้บุคลากรซักถามทำความเข้าใจ และขอความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติด้วยความสมัครใจ มีการมอบหมายบทบาทหน้าที่รับผิดชอบและติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติพยาบาลในระยะผ่าตัด ทั้ง 3 ระยะในเวรเช้า มีขั้นตอนการตรวจสอบ ควบคุมกำกับการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รายการแนวปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลหัวหน้าทีม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และสถิติ Chi square test



จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการอนุมัติรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี หมายเลข 076/67 C วันที่รับรอง 8 มกราคม 2568 หมดอายุ 9 มกราคม 2569

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น และทดลองใช้ (Evidence-observed phase)

ครอบคลุมระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด ผลการประเมินความเหมาะสม

ผลการประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลฯ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีความคิดเห็นความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.83$, S.D.=0.66) เมื่อแยก ระยะผ่าตัด พบมีความเหมาะสมในระดับมาก คือระยะหลังผ่าตัด ($\bar{X}=3.66$, S.D.=0.51) เมื่อจำแนกตามบทบาท พบว่า บทบาทผู้ช่วยรอบนอกมีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}=3.76$, S.D.=0.38) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความเหมาะสมของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น (N=20)

ความเหมาะสม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ก่อนผ่าตัด	3.62	0.37	มาก
2. ระยะผ่าตัด	3.62	0.39	มาก
3. หลังผ่าตัด	3.66	0.51	มาก
4. บทบาทผู้ช่วยรอบนอก	3.76	0.38	มาก
5. บทบาทพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด	3.74	0.43	มาก
$\bar{X}=3.83$, S.D.=0.66	3.75	0.41	มาก

ส่วนที่ 2 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ปรับปรุงแล้วไปใช้จริงในหน่วยงาน (Evidence-Based phase) โดยนำไปใช้ในกลุ่ม ตัวอย่าง ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2568 รวม 3 เดือน

ผลการประเมินความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกสันหลังเตียนเพื่อป้องกันติดเชื้อในลูกตา พบพยาบาลห้องผ่าตัดที่หมุนเวียนเข้าปฏิบัติหน้าที่ในห้องผ่าตัดแผนกจักษุ มีระดับความคิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 97.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินระดับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมา (N=20)

ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ การพยาบาล	มาก		ปานกลาง		น้อย		Mean	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1. ความง่ายและความสะดวก	19	95.0	1	5	-	-	2.95	0.22
2. มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะ	20	100	-	-	-	-	3.00	0.00
3. ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ใน หน่วยงานของท่าน	20	100	-	-	-	-	3.00	0.00



ตารางที่ 2 การประเมินระดับความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นมา (ต่อ)

ความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติการพยาบาล	มาก		ปานกลาง		น้อย		Mean	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
4. ความประหยัด	18	90.0	2	10	-	-	2.95	0.22
5. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติ	20	100	-	-	-	-	3.00	0.00
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงานของท่าน	20	100	-	-	-	-	3.00	0.00
เฉลี่ย		97.5		2.5			2.98	0.22

ส่วนที่ 3 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ (Evidence Based Phase)

ผู้ใช้นโยบายเป็นพยาบาลห้องผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.0 อายุเฉลี่ย 36.6 ปี อายุอยู่ในช่วง 33-39 ปี ร้อยละ 30.0 ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 16.3 ปี และมีประสบการณ์การทำงาน 11-21 ปี ร้อยละ 50.0 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลห้องผ่าตัด

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	19	95.0
ชาย	1	5.0
2. อายุ (ปี)		
26-32 ปี	5	25.0
33-39 ปี	6	30.0
40-46 ปี	5	25.0
มากกว่า 47 ปี	4	20.0
Mean=36.65, S.D.= 9.14)		
3. ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		
1-10 ปี	5	25
11-21 ปี	10	50
22 -32 ปี	4	20
มากกว่า 32 ปี	1	5
Mean=16.30, S.D.= 8.74)		

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 64.9 มีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 73.7 อายุเฉลี่ย 67.33 ปี สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรทอง ร้อยละ 62.2 และมีอาชีพงานบ้าน/รับจ้าง ร้อยละ 61.2 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 53.3 ไม่มีประวัติผ่าตัดบริเวณตา ร้อยละ 86.3 และไม่มีประวัติการผ่าตัดต่อกระดูก ร้อยละ 88.0 ดังตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=291)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	189	64.9
ชาย	102	35.1
2. อายุ (ปี)		
60-70 ปี	182	62.5
71-80 ปี	90	30.9
มากกว่า 80 ปี	19	6.5
Mean=67.3, S.D.=7.33)		
3. อาชีพ		
งานบ้าน/รับจ้าง	178	61.2
เกษตรกรกรรม	11	3.8
ค้าขาย	15	5.2
ข้าราชการบำนาญ	82	28.2
อื่นๆ	5	1.7
4. สิทธิการรักษา		
บัตรทอง	181	62.2
ข้าราชการ	87	29.9
ประกันสังคม	17	5.8
อื่นๆ	6	2.1
5. ผู้ดูแล		
คู่สมรส	155	53.3
บุตร	92	31.6
ญาติสนิท	44	15.1
6. ประวัติเคยได้รับการผ่าตัด (ครั้ง)		
ไม่เคย	251	86.3
1	33	11.3
2	5	1.7
3	2	0.7
7. ประวัติการติดเชื้อที่ตา		
ไม่เคย	256	88.0
เคย	35	12.0

ประเมินพยาบาลห้องผ่าตัดปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลพบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 281 คน คิดเป็นร้อยละ 96.6 ไม่ปฏิบัติ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4



ประเมินอาการที่พบหลังผ่าตัดตรวจเย็บผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกตา พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกตาด้วยวิธีสลายต่อกระจกส่วนใหญ่ไม่พบอาการที่จะนำสู่ภาวะติดเชื้อในลูกตา ร้อยละ 99.8 มีอาการตาบวม แดง เคืองตา ร้อยละ 1.0 และพบมีน้ำตาไหล ร้อยละ 0.7 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 อาการที่พบหลังผ่าตัดตรวจเย็บผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกตา (n=291)

ลำดับ	อาการหรือสิ่งตรวจพบ	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.	การได้รับอุบัติเหตุทางตาหลังผ่าตัด	-	-	291	100
2.	มีไข้ ตัวร้อน (อุณหภูมิสูงกว่า 38 องศา)	-	-	291	100
3.	ตาสู้แสงไม่ได้	-	-	291	100
4.	มองเห็นภาพไม่ชัด หรือรับแสงได้น้อยลง	-	-	291	100
5.	ปวดตา หรือกดเจ็บบริเวณตา	-	-	291	100
6.	มีหนองออกจากตำแหน่งผ่าตัดหรือมีขี้ตาจำนวนมาก	-	-	291	100
7.	ตาอักเสบ (hypopyon)	-	-	291	100
8.	น้ำตาไหล	2	0.7	289	99.3
9.	พบอาการหลังผ่าตัด 3-7 วัน (1-2 สัปดาห์)	-	-	291	100
10.	ตาบวม แดง เคืองตา	3	1.0	288	98.9
11.	การอักเสบของส่วนหน้าของตา	-	-	291	100
12.	ได้รับยาต้านจุลชีพเพื่อการรักษาภายใน 2 วันนับตั้งแต่เริ่มมีอาการหรืออาการเลวลง	-	-	291	100

ผลการเปรียบเทียบระหว่างการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติกับภาวะติดเชื้อพบอัตราการเกิดภาวะติดเชื้อระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติกับกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตาม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=0.18$, $p\text{-value}=.670$) กลุ่มที่ไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ มีภาวะติดเชื้อคิดเป็น 100% ของกลุ่ม ขณะที่กลุ่มที่ปฏิบัติตามพบเพียง 1.78% แสดงถึงแนวโน้มว่าแนวปฏิบัติอาจมีผลต่อการลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์การปฏิบัติกรพยาบาลต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในลูกตา (n=291)

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ	มีภาวะติดเชื้อ	ไม่มีภาวะติดเชื้อ	χ^2	$p\text{-value}$
ปฏิบัติ (n=281)	5 (1.8%)	276 (98.22%)		
ไม่ปฏิบัติ (n=10)	10 (3.4%)	0 (0.00%)		
รวม	15 (5.2%)	276 (94.8%)	0.18	.670

* $p\text{-value}<.05$



อภิปรายผล

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจกเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในลูกตา มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงพยาบาล โดยแนวปฏิบัติดังกล่าวครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ซึ่งได้รับการประเมินจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริงว่าอยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านความชัดเจน ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ เมื่อนำมาใช้พบว่าไม่มีผู้ป่วยรายใดเกิดภาวะติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต้อกระจก เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลาผ่าตัดเฉลี่ย 20 นาที ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดตา หรือน้ำตาไหลสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตชนก ถาวรวัชร (2567) ใช้เวลาผ่าตัด 20 นาที หลังผ่าตัดตา 1 วัน ไม่มีอาการปวดตา ไม่พบเลือดออกในช่องหน้าม่านตา เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในเปลือกหุ้มแคปซูลด้านหลังดี แสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น เป็นการลดโอกาสเชื้อเข้าสู่ร่างกายที่จะทำให้ติดเชื้อในลูกตาได้ แสดงถึงการใช้นำแนวปฏิบัติการพยาบาล ภายใต้อาณัติของวิชาชีพที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดการลดอัตราการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ The Asia Pacific Society of Infection Control (APSIC) แนวทางขององค์การอนามัยโลก และการศึกษาของศรีนวล องค์ประเสริฐ, ธนัญญาณ์ หล่อกิตติชนม์ และจินต์จุฑา แก้วมาก (2561) ที่เน้นการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในการผ่าตัดเช่นเดียวกับการศึกษาของ วรณวิมล ทุมมี (2564) และ Althiabi et al (2565) และเปี่ยมศรี คำทวี (2565) ที่ระบุว่าแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในลูกตาหลังการผ่าตัดต้อกระจกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อใช้ควบคู่กับการเตรียมตัวผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และการจัดการที่รัดกุมในห้องผ่าตัดตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด เป็นไปตามมาตรฐานจากแนวปฏิบัติของสมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดนานาชาติ (Association of periOperative Registered Nurses: AORN, 2021) ซึ่งเป็นแนวทางด้านการประเมินพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึง ระยะหลังผ่าตัดและผู้ป่วยกลับบ้าน อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ แม้ว่าผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีในการลดภาวะติดเชื้อในลูกตาหลังการผ่าตัด แต่เนื่องจากการศึกษาไม่ได้ใช้กลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถสรุปในเชิงสาเหตุได้อย่างเด็ดขาดว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดจากแนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว แตกต่างจากงานของ Smith et al (2021) และรวินท์นิภา ภักดี (2566) ซึ่งใช้การทดลอง มีกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการแตกต่าง เช่น การพ่นยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด ทำให้พบผลลัพธ์ในทำนองเดียวกัน ในขณะที่การศึกษานี้ใช้การเก็บข้อมูลจากช่วงเวลา ก่อน-หลัง และใช้ข้อมูลเปรียบเทียบเชิงสถิติภายในกลุ่ม ซึ่งแม้ไม่มีกลุ่มควบคุมโดยตรง แต่ยังสามารถสะท้อนประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาได้ในระดับหนึ่ง

นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดการศึกษาครั้งนี้ ไม่ได้ติดตามผลลัพธ์ของภาวะติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดในระยะยาว การติดเชื้อบางรายอาจเกิดขึ้นหลังจากช่วงเวลาที่ใช้เก็บข้อมูล ทำให้ผลที่ได้อาจยังไม่ครอบคลุมภาวะแทรกซ้อนทั้งหมดในระยะยาวข้อมูลนี้จึงสะท้อนประสิทธิภาพเฉพาะในช่วงระยะสั้น นั่นคือการโทรศัพท์สอบถามอาการหลังผ่าตัดเฉลี่ย 4.45 วัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชิตชนก ถาวรวัชร (2567) ที่ให้ข้อเสนอแนะเยี่ยมผู้ป่วยจำหน่ายภายใน 1 สัปดาห์ แต่ยังไม่มีระบบการส่งต่อให้กับสถานพยาบาลใกล้เคียง ซึ่งต้องมีการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลผ่านช่องทางอื่นๆ เช่น แอปพลิเคชันหรือคิวอาร์โค้ด



แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมในผู้ป่วยต้อกระจกมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ที่นำมาใช้ เพื่อลดและป้องกันภาวะติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดได้ เป็นการเพิ่มสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในยุคที่มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง รองรับการรักษาโรคขั้นสูง และเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัย

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว เพื่อลดภาวะติดเชื้อในลูกตา และได้รับการพยาบาลผ่าตัดแนวปฏิบัติการพยาบาลฯ
2. พยาบาลห้องผ่าตัดมีสมรรถนะในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียมเพื่อป้องกันติดเชื้อในลูกตา
3. หน่วยงานมีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพและสามารถปฏิบัติได้จริงและต่อยอดพัฒนาในการศึกษาในรูปแบบอื่นๆ ได้ สามารถนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์ตาเทียมเพื่อป้องกันติดเชื้อในลูกตาไปใช้ในการศึกษาวิจัยในโรคผ่าตัดต้อกระจกด้วยวิธีอื่นๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental) หรือ RCT ที่มีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ และลดปัจจัยกวนจากภายนอก
2. ควรให้มีการติดตามผลในระยะยาว ในระยะยาว 3-6 เดือน และการประเมินซ้ำในบริบทของโรงพยาบาลอื่นและความทั่วไปของแนวปฏิบัตินี้ เพื่อประเมินการเกิดภาวะติดเชื้อที่อาจล่าช้า (delayed endophthalmitis)
3. ควรศึกษาผลกระทบในด้านอื่นๆ เช่น คุณภาพการมองเห็น ความพึงพอใจของผู้ป่วย หรือการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ
4. ศึกษาผลกระทบของแนวทางที่พัฒนาต่อต้นทุน-ประสิทธิภาพ (Cost-effectiveness)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงไปได้ด้วยการให้ความช่วยเหลือจากทีมกลุ่มงานจักษุ และกลุ่มงานการพยาบาลจักษุ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ที่เสียสละเวลาให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขและตรวจสอบ รวมทั้งพยาบาลห้องผ่าตัดหน่วยผ่าตัดจักษุที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ตลอดจนการจัดทำกรณีศึกษาเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- ชิตชนก ถาวรินุรักษ์. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้, 38(3), 108-121.



เอกสารอ้างอิง

- นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, และพิมพิลา ศิริปัน. (2564). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันการติดเชื้อในลูกตาสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก. *พยาบาลสาร*, 48(3), 179-190.
- ภัสชญ ภูวาม่อน. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกร่วมกับภาวะความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์: กรณีศึกษา. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 557-565. <https://shorturl.asia/LSwvE>
- มนัสวี จรตล. (2567). คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก. สืบค้นจาก https://www.si.mahidol.ac.th/th/siita/pdf2567/GJ/O10_GJ_.pdf.
- ลุนนี จิมอาษา และวัลลภา ช่างเจรจา. (2563). ผลของโปรแกรมการเตรียมผ่าตัดต่อความวิตกกังวลและภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดต้อกระจก แผนกจักษุ โรงพยาบาลบึงกาฬ. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 4(7), 75-87.
- วรรณวิมล ทุมมี. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(4), 1-7.
- ศิริลักษณ์ ทองแห่งใหญ่. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาลห้องผ่าตัด. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(2), 45-56.
- ศรีนวล องค์ประเสริฐ, ธัญญญาณ์ หล่อกิตติ์ชนม์, และจันทจุฑา แก้วมาก. (2561). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตามมาตรฐานการตรวจสอบความปลอดภัยตามแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(3), 125-130.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). Patient and personnel safety for emerging infectious diseases 2564 (พิมพ์ครั้งที่ 1). เพมส์ แอนด์ ซัคเซสฟูล.
- เปี่ยมศรี คำทวี. (2565). การพยาบาลแบบองค์รวมผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลยโสธร: กรณีศึกษา 2 ราย. *ยโสธรเวชสาร*, 24(1), 125-132. <https://shorturl.asia/Dz9p0>
- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. (2567). รายงานสถิติการผ่าตัดต้อกระจก ปี 2567. งานสถิติและเวชระเบียน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์.
- รวินท์นิภา รักดี. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์เทียม: กรณีศึกษา. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 8(3), 217-227.
- Althiabi, S., Aljbreen, A. J., Alshutily, A., & Althwiny, F. A. (2022). Postoperative endophthalmitis after cataract surgery: An update. *Cureus*, 14(2), e22003. <https://doi.org/10.7759/cureus.22003>
- Asia Pacific Society of Infection Control. (2025). *APSIC guidelines and resources*. Retrieved from <https://apsic-apac.org/guidelines-and-resources/apsic-guidelines/>



เอกสารอ้างอิง

- Association of Perioperative Registered Nurses. (2021). Perioperative nursing: Scope and standards of practice (2021 ed.). AORN. Retrieved from <https://www.aorn.org/guidelines>.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). National Healthcare Safety Network (NHSN). Retrieved from <https://www.cdc.gov/nhsn>
- Christopher, K. L. M., Shahzad, I. A., & Bernadete. (2020). Endophthalmitis in advanced microbial keratitis: Risk factors and examination findings. *Cornea: The Journal of Cornea*, 39(9), 1096-1101. <https://doi.org/10.1097/ICO.0000000000002349>
- Elseesy, W. R., Ali, N. M., Abdelrahman, S. A., & El-Mashad, M. (2023). Compliance of healthcare workers with standard precautions during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Healthcare*, 11(22), 2975. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222975>
- Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' manual: 2014 edition. The Joanna Briggs Institute. Retrieved from http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual-The-Systematic-Review-of-Economic-Evaluation-Evidence-2014_v2.pdf
- McGhee, C. N. J., Zhang, J., & Patel, D. V. (2020). A perspective of contemporary cataract surgery: The most common surgical procedure in the world. *Journal of the Royal Society of New Zealand*, 50(2), 245-262.
- Scantling-Birch, Y., Naveed, H., Khan, H., Sheikh, I., & Zia, R. (2022). A national survey of endophthalmitis prophylaxis during cataract surgery in Pakistan: A 2020 perspective. *Pak Journal of Ophthalmol*, 38(1), 21-30.



การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา โรงพยาบาลขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์

วิลาสินี วรรณโคตร*

โรงพยาบาลขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์

(วันที่รับบทความ: 24 มิถุนายน 2568; วันที่แก้ไข: 21 กรกฎาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 25 กรกฎาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา โรงพยาบาลขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 310 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ และภาคีเครือข่าย จำนวน 18 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้ ค่าความเที่ยง 0.93 แบบบันทึกพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพรายบุคคลเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน ถึงเดือน พฤศจิกายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่าการให้ความรู้ที่ผ่านมาไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ไม่ติดตามพฤติกรรม และขาดวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันผู้ป่วยควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ให้มีระบบการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมจึงทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการพัฒนาได้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา มีการจัดกิจกรรม 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การสร้างการมีส่วนร่วมการกิจกรรม 2) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3) การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเสริมพลัง และ 4) การประเมินผลและสะท้อนผลการเรียนรู้ ผลการประเมินผล รูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และเบาหวานระยะสงบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=7.96$, S.D.=1.28 และ $\bar{X}=7.74$, S.D.=1.36) ตามลำดับ การเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$)

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 , โรงเรียนเบาหวานวิทยา

*ผู้รับผิดชอบบทความ: วิลาสินี วรรณโคตร; wilasinee.wannakoht@gmail.com



The Development of a Participatory Learning Model for Type 2 Diabetic Patients in a Diabetes School of Chamni Hospital Buriram province

Wilasinee Wannakoht*

Chamni hospital, Buriram province

(Received: 24 June 2025; Revised: 21 July 2025; Accepted: 25 July 2025)

Abstract

This action research aimed to develop a participatory learning model for type 2 diabetic patients at a diabetes school in Chamni Hospital, Buriram Province. There were two groups of participants: a total of 310 type 2 diabetic patients were selected by stratified random sampling for the quantitative portion of the research, while a purposively selected cadre of 18 participants was chosen for the in-depth interviews and focus group discussions. The research was conducted between April and November 2024. Data were collected using questionnaires (Cronbach's Alpha Coefficient=0.93) on personal behavior and health status, and in-depth interview and focus group guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and comparing mean differences using paired t-tests, while the qualitative data were analyzed using content analysis with a significance level at 0.05.

The results showed that previous educational approaches for patients with type 2 diabetes lacked opportunities for patient expression, behavior monitoring, and personalized care planning aligned with daily life contexts. It is therefore recommended to establish peer experience-sharing practices based on real-life situations and a follow-up system with community participation. To address these gaps, the participatory learning model for type 2 diabetic patients in the diabetes school was developed and consisted of 4 steps: 1) engagement in participatory activities, 2) participatory learning processes, 3) continuous follow-up and empowerment, and 4) evaluation and reflective learning. The Evaluation results showed that most of the participants had a moderate level of knowledge about the prevention of diabetes complications and diabetes remission ($\bar{X}=7.96$, S.D.=1.28 and $\bar{X}=7.74$, S.D.=1.36, respectively). A comparison of the participants' pre and post participation in the developed participatory learning model mean scores found that the difference in their knowledge was significantly higher than pre-participation and was accompanied with a significant reduction in HbA1c levels (p -value<.001).

Keywords: participatory learning, type 2 diabetic patients, diabetes school

***Corresponding author:** Wilasinee Wannakoht; wilasinee.wannakoht@gmail.com



บทนำ

จากการที่ประชากรในปัจจุบันมีอายุยืนยาวขึ้น สภาพร่างกายที่เสื่อมตามวัยร่วมกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้โรคเรื้อรังกลายเป็นปัญหาสุขภาพที่ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวาน หนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกในการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ในปี พ.ศ. 2565 ประชากรโลกมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74.00 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด (สำนักงานเลขาธิการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อชาติ, 2566) ปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ที่เป็นเบาหวาน 4.40 ล้านคน มากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น (International Diabetes Federation, 2017) และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศ จากการสำรวจสถานะสุขภาพคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) พบผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.50 (6.50 ล้านคน) ภาวะอ้วน ร้อยละ 42.20 ภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.40 (สำนักงานเลขาธิการการขับเคลื่อนแผนโรคไม่ติดต่อชาติ, 2566) อัตราป่วยโรคเบาหวานในปีงบประมาณ 2564 – 2566 พบว่าในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความชุกโรคเบาหวาน 6,995.94, 7,339.78, และ 7,634.02 ต่อแสนประชากร และ อัตราตาย 2,181.3, 2,265.8 และ 2,176.2 ต่อประชากรแสนคน (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) ปีงบประมาณ 2566 ในเขตสุขภาพที่ 9 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่มากที่สุด คือ นครราชสีมา 17,007 ราย อัตราป่วย 647.96 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ บุรีรัมย์ สุรินทร์ และชัยภูมิ มีผู้ป่วย 10,422 ราย อัตราป่วย 660.92 ต่อแสนประชากร, 8,251 ราย อัตราป่วย 617.99 ต่อประชากรแสนคน และ 7,859 ราย อัตราป่วย 703.00 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565) การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพคนไทยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย ได้แก่ จอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อนที่เท้าและขา ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิต ภาระเศรษฐกิจของผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2560) การดำเนินงานการดูแลรักษาโรคเบาหวาน สิ่งสำคัญต้องมีการดำเนินงานที่ครอบคลุม ทั้งด้านการป้องกันและควบคุมการเกิดโรค การคัดกรอง ค้นหา ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคและผู้ที่ เป็นโรคเบาหวานในระยะเริ่มแรกมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้การป้องกันไม่ให้กลุ่มเสี่ยงเกิดโรคเบาหวาน และกลุ่มที่เป็นโรค ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม มีโอกาสให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ และการมีแนวทางดูแลรักษา ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานให้เป็นไปอย่างถูกต้องและต่อเนื่องทำให้ทีมผู้ดูแลรักษาสามารถดูแลรักษาโรคเบาหวานได้ทุกระดับ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 2566) การจัดทำรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) เพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนให้ สอดคล้องกับวิถีชีวิต และนำมาวางแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต มีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง



ทั้งผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลและ Telemedicine ลดการเดินทางมาโรงพยาบาลและประหยัดเวลาในการรอคอย (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566)

การจัดทำรูปแบบการจัดการโรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Diabetes Remission) เพื่อส่งเสริมให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริงเพื่อเป็นแรงขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของแต่ละรายบุคคล โดยให้ผู้ป่วยทำ Self-monitoring และบันทึกข้อมูล แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูล และนำมาวางแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้เป็นเบาหวานแต่ละบุคคล และมีการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องผ่านระบบทั้งผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาล และ Telemedicine พุดคุย สอบถามแนะนำทางโทรศัพท์ ลดการเดินทางมาโรงพยาบาลและประหยัดเวลาในการรอคอย (กองโรคไม่ติดต่อ, 2566) โดยปัจจุบันมีการดำเนินงานในรูปแบบโรงเรียนเบาหวานวิทยา ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ในการลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลักสูตรการเรียนรู้ที่จัดทำขึ้นในแต่ละพื้นที่

จังหวัดบุรีรัมย์มีสถานการณ์โรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2564-2566 มีอัตราป่วยโรคเบาหวาน 547.50, 625.00 และ 662.40 ต่อประชากรแสนคน พื้นที่อำเภอขามเฒ่า ปีงบประมาณ 2565-2566 มีอัตราป่วยรายใหม่ 488.95 และ 934.34 ต่อประชากรแสนคน ปีงบประมาณ 2566 พบประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานร้อยละ 16.43 ซึ่งผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² มีประวัติโรคครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน และมีประวัติหรือเคยมีประวัติน้ำตาลในเลือดสูงแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย ปัจจุบันในดูแลรักษาและการจัดการเน้นการจ่ายยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้โดยแพทย์หรือพยาบาล รูปแบบดังกล่าวไม่สามารถสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนได้จากเป้าหมายการดูแลและให้เข้าสู่ระยะสงบ ยังพบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผนหรือประเมินผลการรักษา ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ร้อยละ 59.05 ภาวะแทรกซ้อนทางตาภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 5.82 ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 1.25 ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 9.23 ของผู้ที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์, 2567) จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการพัฒนาการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ สร้างเสริมพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และพัฒนาการเรียนรู้อยู่ในโรงเรียนเบาหวานวิทยาให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

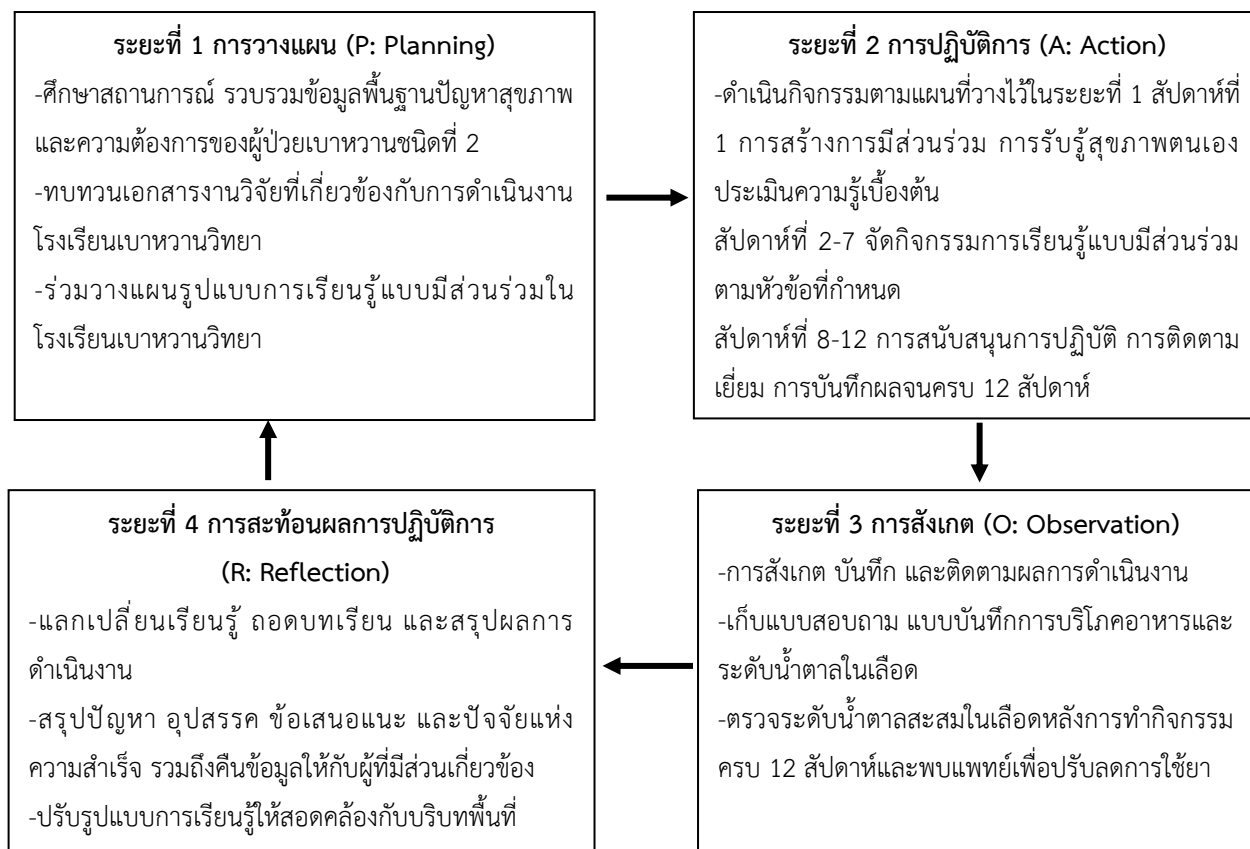
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา โรงพยาบาลขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา โรงพยาบาลขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์



กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้ประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมกับการพัฒนาจากแนวคิดของ เคมมิส, และแมกแทกการ์ด (PAOR) (Kemmis, S & McTaggart, R, 1988). ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) แบ่งเป็น 4 ระยะ คือ ระยะการเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย ระยะการดำเนินการวิจัย ระยะหลังการดำเนินการวิจัย และระยะการดำเนินการเก็บข้อมูล



ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา จำนวนทั้งหมด 2,222 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,594 คน และ กลุ่มที่ 2 ภาควิชาศัลยกรรม (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ) จำนวนทั้งหมด 628 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010) ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่าง (Sample Size) จากประชากรทั้งหมด 1,594 คน (Population Size) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% (0.05) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2p(1-p)}{d^2(N-1)+Z^2p(1-p)}$$

เมื่อกำหนดให้ n คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ, N คือ ขนาดประชากรทั้งหมด, Z คือ ค่า Z-score จากตารางปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.960, p คือ สัดส่วนของประชากรที่คาดว่าจะมีลักษณะเป้าหมาย เท่ากับ 0.5 และ d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{1594 \times 1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(1594-1)+1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}$$

$$n = 309.63$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 310 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละตำบล จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 5 ปี ในเขตอำเภอนาน้อย จังหวัดบุรีรัมย์ 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) มีสติสัมปชัญญะดี และ 4) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อน 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลได้ และ 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ขอลอนตัวและไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ภาควิชาศัลยกรรม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้า 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่ศึกษามีความรู้และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างชัดเจน 3) ยินดีให้ข้อมูลตรงไปตรงมาและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก 1) ขอลอนตัวและไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ชุด โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ดังนี้



1) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และความรู้เกี่ยวกับเบาหวานระยะสงบ มีทั้งหมด 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน และ โรคประจำตัวอื่นๆ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานโดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ การวิเคราะห์ระดับของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับเบาหวานระยะสงบ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 10 ข้อ การวิเคราะห์ระดับของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

2) แบบบันทึกพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพรายบุคคลลักษณะคำถามปลายเปิด และผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

3) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines) เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ ประเด็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมคนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาและอุปสรรคการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมา การร่วมกิจกรรมหรือการเรียนรู้เกี่ยวกับเบาหวาน บทบาทในมีส่วนร่วมในการร่วมสนับสนุนการสร้างการรับรู้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

4) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guidelines) เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ ประเด็นการสนทนาเกี่ยวกับบริบทชุมชนสภาพปัญหา สาเหตุในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง มาตรการการคัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยง ป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ความเข้มแข็ง บทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วมในการสร้างการรับรู้การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการนำแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องความตรง (Validity) โดยให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของภาษา (Wording) ซึ่งทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลบ้านบัว อำเภอเมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ค่า Cronbach's Alpha Coefficients แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเบาหวานระยะสงบ เท่ากับ 0.95 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งคู่ เท่ากับ 0.93



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์แล้วเท่านั้น ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย ศึกษาสถานการณ์และเก็บข้อมูลพื้นฐานปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน ทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวางแผน (Planning) จัดสนทนากลุ่มเป้าหมาย ร่วมกำหนดแนวทางกิจกรรมในการดำเนินงาน และร่วมวางแผนกำหนดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยาวางแผน ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

ระยะที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ปฏิบัติตามแผนที่กำหนด ดำเนินกิจกรรมที่ได้จากการมีส่วนร่วมในระยะที่ 1 ใช้ระยะเวลา 3 เดือน

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างการมีส่วนร่วม การรับรู้สุขภาพตนเอง รับรู้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ยาที่ใช้ในการรักษา ประเมินความรู้เบื้องต้น ผู้วิจัยสรุปผลกิจกรรมและซักถามปัญหา

สัปดาห์ที่ 2-7 จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในหัวข้อความรู้เรื่องโรคเบาหวานและระบบการเผาผลาญ อาหาร สารอาหารและระดับน้ำตาลหลังอาหาร การเลือกรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต ทางเลือกในการงดอาหารเป็นช่วงเวลา (IF) การออกกำลังกายแบบแอโรบิค ความรู้ด้านแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน โดยเน้นการติดตามและบันทึกผลการทำกิจกรรม เช่น บันทึกผลการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือด

สัปดาห์ที่ 8-12 การสนับสนุนการปฏิบัติ ให้เกิดการเรียนรู้และประเมินตนเอง โดยการติดตามเยี่ยมทางออนไลน์ การกระตุ้นเตือน การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา ผู้ป่วยบันทึกการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดทุกสัปดาห์ จนครบ 12 สัปดาห์

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observation) สังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานและบันทึกผลการติดตามการดำเนินงานจริง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการดำเนินงาน รวมทั้งสนับสนุนการปฏิบัติงานตามรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา เก็บแบบสอบถาม แบบบันทึกการบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดหลังการทำกิจกรรมครบ 12 สัปดาห์และพบแพทย์เพื่อปรับลดการ用药 ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์

ระยะที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับภาคีเครือข่าย เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน ปรับแผนการในรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยาให้สอดคล้องกับบริบท สรุปและคืนข้อมูลปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน



ขั้นตอนที่ 3 หลังการดำเนินการวิจัย มีการเปรียบเทียบกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา และศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากแบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความรู้และแบบบันทึกกิจกรรม และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ ระดับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยให้อาสาสมัครที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ และการตัดสินใจจะไม่ส่งผลกระทบต่องานปัจจุบันที่ทำอยู่รวมถึงในอนาคตและข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม รักษาความลับ ในแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ไม่มีการระบุข้อมูลต่างๆ ที่จะสามารถสื่อถึงตัวบุคคลได้ ระบุรหัสชุดของแบบสอบถามเท่านั้น ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2567 เลขที่ BRO 2024-202 รับรองระหว่าง วันที่ 4 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 3 มีนาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา โรงพยาบาลขานี จังหวัดบุรีรัมย์

กระบวนการพัฒนาการวิจัย 4 ระยะ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา ที่ผู้มีบทบาทหลักในการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริง ช่วยสร้างแรงจูงใจและความเข้าใจ เน้นการนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน และสร้างเครือข่ายผู้ป่วยที่เรียนรู้และช่วยเหลือกัน มีการจัดกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการเตรียมความพร้อม สร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) สร้างความตระหนัก เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการเรียนรู้เพื่อสุขภาพ และประเมิน



ความรู้เบื้องต้นก่อนเข้าร่วมเรียนรู้ ทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพและวางแผนการรักษาตนเองให้เหมาะสมกับชีวิตประจำวัน

2. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม โดยมีแผนการจัดการการเรียนรู้ 14 ชั่วโมง 6 สาระสำคัญ คือ 1) ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและระบบการเผาผลาญ 2) อาหารและการติดตามน้ำตาลหลังอาหาร 3) ฉลาดรู้ ฉลาดเลือก อาหารโลว์คาร์บ 4) การงดอาหารเป็นช่วง (IF) 5) ออกกำลังกาย 6) การใช้สมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวาน ในแต่ละสาระการเรียนรู้มีกิจกรรมระดมสมอง เกมส่กลุ่ม การเล่าเรื่อง การจำลองสถานการณ์ การเรียนรู้รายกลุ่มย่อย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วย โดยมีเนื้อหาที่ครอบคลุม 6 สาระสำคัญดังกล่าว

3. การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเสริมพลัง โดยมีกิจกรรมเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับชีวิตประจำวัน ต่อเนื่องที่บ้าน โดยการจดบันทึกพฤติกรรม การรับประทานอาหาร การตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ใช้ช่องทางการสื่อสารออนไลน์ เช่น Line Facebook หรือโทรศัพท์ แชร์พฤติกรรมรายวันและติดตามพฤติกรรม ให้คำแนะนำเฉพาะราย และส่งเสริมต่อเนื่องติดตามผลผ่านทีมสุขภาพ โทรติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมทั้งการส่งวิดีโอสั้นเสริมพลังใจ กระตุ้นการเรียนรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ทุกสัปดาห์

4. การประเมินผลและสะท้อนผลการเรียนรู้ โดยผู้ป่วยประเมินตนเองร่วมกับทีมสุขภาพ ในด้านความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรม และจัดเวทีให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้สะท้อนผลสิ่งที่ได้เรียนรู้ ปัญหาอุปสรรคที่พบ และร่วมกันสรุปบทเรียนและแนวทางการพัฒนาต่อยอดเพื่อเกิดความต่อเนื่องในระยะยาว เช่น การออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อจัดตั้งโรงเรียนเบาหวานรุ่นถัดไป

ส่วนที่ 2 การประเมินผลรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา โรงพยาบาลชานี จังหวัดบุรีรัมย์

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.60 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 42.60 ($\bar{X}=59.60$ ปี, S.D.=9.17 ปี, Min=32 ปี, Max=78 ปี) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 87.70 ส่วนใหญ่การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.70 ส่วนใหญ่รายได้ 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 70.30 ($\bar{X}=13,346.46$ บาท, S.D.= 6121.42 บาท, Min=1,500 บาท, Max=42,000 บาท) ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานสาวนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 64.80 และ โรคประจำตัวอื่นๆ รวมด้วย ร้อยละ 41.20

2. การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ระยะสงบ

หลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=7.96$ S.D.=1.28) และความรู้เกี่ยวกับเบาหวานระยะสงบ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=7.74$ S.D.=1.36) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนา รูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน ระยะสงบก่อนและหลังการพัฒนา (n=310)

ความรู้ โรคเบาหวาน	ก่อน		หลัง		Mean difference	95%CI	t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.					
การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	5.47	1.80	7.96	1.28	2.49	2.23 - 2.73	19.54	309	<0.001*
เบาหวานระยะสงบ	7.02	1.74	7.74	1.36	0.72	0.49- 0.94	6.33	309	<0.001*

*p-value<.05

3. การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

ความแตกต่างของระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ก่อนและหลังการพัฒนา (ผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการพัฒนารูปแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 (n=310)

ความรู้ โรคเบาหวาน	ก่อน		หลัง		Mean difference	95%CI	t	df	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.					
HbA1c	8.60	1.84	6.50	0.85	2.10	1.88 - 2.33	18.76	309	<0.001*

*p-value<.05

ส่วนที่ 3 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยได้มีการเสนอประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

“ควรมีการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการสร้างความตระหนักรู้ว่าโรคนี้เป็นผลมาจากกระบวนการทำงานผิดปกติของร่างกาย และหากไม่ดูแลตนเองอย่างถูกต้องจะนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคหัวใจ ไตวาย ตาบอด หรือแผลเบาหวานจนต้องตัดอวัยวะการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงธรรมชาติของโรคเบาหวาน และเข้าใจว่าตนเองมีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรค จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว”

“ควรมีการส่งเสริมบทบาทผู้ป่วยจาก “ผู้รับ” เป็น “ผู้เรียนรู้และลงมือทำ” คือการยกระดับคุณภาพการดูแลโรคเบาหวานจากภายในตัวผู้ป่วยเอง ส่งเสริมความรับผิดชอบ ความมั่นใจ และความสามารถในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นและยั่งยืน”

“การบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้กำหนดรูปแบบและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนอยู่แล้ว แต่ปัญหาอยู่ที่การนำไปปฏิบัติของกลุ่มผู้ป่วยซึ่งส่วนใหญ่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ผู้ป่วยยังไม่เกิดความตระหนักรวมทั้งผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วย อีกทั้งปัญหาเศรษฐกิจก็มีส่วนทำให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามรูปแบบไม่ได้ โดยปัญหา



คือกลุ่มเสี่ยงไม่ตระหนักเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่มีส่วนสัมพันธ์โดยตรงกับอาหารที่กิน โดยมองแค่ว่ากินเข้าไปแล้วก็ขับถ่ายออกมาแค่นั้นเอง”

“การออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้มีการเสนอความคิดเห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่ใส่ใจออกกำลังกายอย่างจริงจัง จึงขาดความต่อเนื่องและไม่บังเกิดผลเท่าที่ควร ซึ่งมีการระดมความคิดเห็นเพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย โดยได้มีการเสนอให้แบ่งกลุ่มออกกำลังกายตามอายุและสมรรถภาพของร่างกาย คนอายุมากกว่า 50 ปี ให้มาเดินแอโรบิก หรือ ดึงหนังยางก็คงไม่ไหว เพราะต้องใช้แรงเยอะ จึงต้องปรับรูปแบบบางอย่าง เช่น จากการร้อยหนังยางที่ละ 5-6 เส้นก็ลดลงมาเป็นร้อยที่ละ 3 เส้นจะได้เหมาะกับสภาพร่างกายของแต่ละคนหรือไม่ก็เปลี่ยนไปราไม่พอเอา”

“การจัดการกับปัญหาอุปสรรคในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยผู้ป่วยจะต้องใส่ใจในการกินอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด อย่างจริงจังๆ และจัดกลุ่มผู้ป่วยเพื่อเลือกรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย”

กล่าวโดยสรุปจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พบว่า เนื่องจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจึงอยากให้มีการให้ความรู้เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วย และประชาชนทั่วไปโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวาน และผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้มีความรู้ ความเข้าใจโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรื่องเบาหวานในด้านต่างๆ เช่น สาเหตุ การป้องกัน การรักษา การดูแลสุขภาพเมื่อป่วยเพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองและญาติได้ ในการให้ความรู้กับผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมาไม่เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและไม่ติดตามพฤติกรรม และขาดวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับชีวิตประจำวันผู้ป่วย ควรจัดให้มีการพบปะเพื่อการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติตามสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน ให้มีระบบการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมจึงจำทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีกิจกรรมการคัดกรอง การค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชนเป็นระยะ โดยมีการค้นหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อให้เกิดการตื่นตัวอยู่ตลอดเวลาและต่อเนื่อง โดยมีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเป็นหลักในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวและให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

อภิปรายผล

การพัฒนาแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยาทั้ง 4 ระยะ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง จากการศึกษา พบว่า รูปแบบที่ผู้ป่วยมีบทบาทหลักในการเรียนรู้และสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และช่วยเหลือกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มที่ต้องการให้ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้เรื่องเบาหวาน มีระบบการติดตามผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยมีการจัดกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างการมีส่วนร่วมกิจกรรม 2) การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม 3) การติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเสริมพลัง และ 4) การประเมินผลและสะท้อนผลการเรียนรู้ รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ป่วยมีการพูดคุย แนะนำ และช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระหว่างกิจกรรมและใน



ชีวิตประจำวัน กลายเป็นเครือข่ายสนับสนุนที่เข้มแข็งในชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน สามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อกิจกรรมถูกออกแบบให้สอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยาเป็นรูปแบบการดำเนินการที่ปฏิบัติได้จริงและประสิทธิภาพ ควรติดตามผลการเรียนรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับการนัดหมายรักษาตามปกติ เพื่อประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบอย่างแท้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ เชิดศักดิ์ สุทธิสา และสุวคนธ์ เหล่าราช (2566) ที่ดำเนินการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาคูน พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) การมีคณะกรรมการดำเนินงาน 2) การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 3) การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 4) มีระบบการติดตาม ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น สามารถดูแลและจัดการตนเองได้ ขั้นตอนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สอดคล้องกับการศึกษาของ จตุพร คติบัญชา และรุจิเรข ล้อไป (2567) ดำเนินการศึกษาเรื่องแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา นครชัยบุรินทร์ อำเภอบางบาล จังหวัดนครราชสีมา พบว่า แนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มี 3 แนวทาง คือ 1) การลดหรือปรับยาที่ใช้รักษาเบาหวานอยู่ 2) การติดตามผู้ป่วย และ 3) การตั้งเป้าหมายและวัดผลในการทำ Diabetes Remission ต่อกระบวนการเรียนรู้ของหลักสูตรระยะเวลา 12 สัปดาห์ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่ภาวะเบาหวานระยะสงบได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของธีรวัฒน์ สกฤตมานนท์ และประวิช ขุนนิคม (2567) ดำเนินการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ ประกอบด้วย 3 ระยะ 8 องค์ประกอบ คือ ระยะที่ 1 ระยะเตรียมเข้าสู่โรงเรียนเบาหวาน (2 องค์ประกอบ) เน้นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่โรงเรียนเบาหวาน ระยะที่ 2 ระยะเข้าสู่การดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่ระยะสงบ (4 องค์ประกอบ) โดยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณีเพื่อสนับสนุนการเข้าสู่ระยะสงบ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการดำเนินการในผู้ป่วย (2 องค์ประกอบ)

ผลของการพัฒนาแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงเรียนเบาหวานวิทยา จากการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานระยะสงบ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการพัฒนาแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001) และมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) หลังการพัฒนาแบบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ เชิดศักดิ์ สุทธิสา และสุวคนธ์ เหล่าราช (2566) ที่ดำเนินการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาคูน พบว่า ผลเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลตนเองหลังการให้ความรู้สูงกว่าก่อนการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของธีรวัฒน์ สกฤตมานนท์ และประวิช ขุนนิคม (2567) ดำเนินการศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ กรณีศึกษา โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ย



สะสม (HbA1c) ลดลง 0.72 (95% CI: 0.31-1.12) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนให้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เข้าใจและจดจำได้ดีขึ้น ซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถเพิ่มระดับความรู้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และเบาหวานระยะสงบมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของมานพ ผสม (2566) ที่ดำเนินการศึกษาเรื่องพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์ทางคลินิกเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ค่าดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) หลังเข้าร่วมกิจกรรม 3 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้เกิดแนวทางใหม่ที่ส่งเสริมการจัดการโรคเบาหวานอย่างยั่งยืน ลดภาระของระบบสาธารณสุขจากการรักษาโรคเบาหวาน รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพมากขึ้น และสามารถต่อยอดรูปแบบไปใช้ในโรคเรื้อรังอื่น และการจัดการเรียนรู้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานควรมีการใช้กิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างแรงจูงใจและเรียนรู้จากตัวอย่างที่เป็นจริง รวมทั้งควรจัดการอบรมทักษะให้แก่บุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับเทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีข้อจำกัดทางสุขภาพเพื่อพัฒนารูปแบบที่ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเปราะบาง และดำเนินการวิจัยในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อติดตามผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและค่าทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวาน เนื่องในวันเบาหวานโลก ปี 2565. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=29611&deptcode=brc&news_views=2.
- กองโรคไม่ติดต่อ. (2566). แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จตุพรพร คติบัญชา และจุริเชช ล้อโป. (2567). การศึกษาแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยหลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา นครชัยบุรินทร์ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยชินวัตร, 1(1), 27-45.
- เชิดศักดิ์ สุทธิสา และสุวคนธ์ เหล่าราช. (2566). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลนาคนูน. วารสารวิชาการทางการแพทย์พยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(3), 91-105.



เอกสารอ้างอิง

- ธีรวัฒน์ สกฤตมานนท์ และประวิช ชุมนิคม. (2567). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่ระยะสงบ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดกระบี่. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, 7(1), 30-39.
- มานพ ผสม. (2566). พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมโรคไม่ได้ ในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองพะลาน ตำบลหนองระเวียง แบบบูรณาการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 20-30.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์. (2567). *อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/brm/public/standardsubcatalog/6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11>.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. (2566). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานเลขาธิการการขับเคลื่อนแผนโรคมืดต่อชาติ. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย (พ.ศ. 2566-2570)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (9th ed.). Wiley.
- International Diabetes Federation. (2017). *IDF Diabetes Atlas* (8th ed.). Retrieved from <http://www.diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html>.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed.). Victoria; DeakinUniversity.



ติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

187 หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์ 0 4510 270-74 ต่อ 251

โทรศัพท์มือถือ 085 046 4722, 094 520 9823

E-mail : tjphe_editor@scphub.ac.th, kaewjai@scphub.ac.th

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/index>

