



วารสาร สาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน-ธันวาคม 2568

Vol.5 No.3 September-December 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. กองบรรณาธิการกลั่นกรองบทความหลังจากที่ยื่นบทความส่งเข้ามายังระบบของวารสาร
2. แจ้งผู้เขียนบทความให้ปรับแก้เบื้องต้น (Pre-review) ตามรูปแบบที่วารสารกำหนด
 - 2.1 กรณีปรับแก้บทความเบื้องต้นแล้ว แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมบทความ
 - 2.2 กรณีปรับแก้บทความเบื้องต้นไม่สมบูรณ์ แจ้งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้อีกครั้ง
 - 2.3 กรณีผู้นิพนธ์ไม่ปรับแก้ ปฏิเสธบทความ
3. หลังจากที่ยื่นชำระค่าธรรมเนียมบทความแล้ว นำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความ (Review)
 4. บทความที่ผ่านการประเมิน มีการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิน้อย 2 ครั้ง หรือจนกว่าบทความจะสมบูรณ์ จึงเข้าสู่กระบวนการเผยแพร่ตีพิมพ์
 - 4.1 กรณีที่ปรับแก้บทความไม่สมบูรณ์ แจ้งผู้นิพนธ์ปรับแก้อีกครั้ง
 - 4.2 กรณีที่ไม่ปรับแก้บทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ปฏิเสธการตีพิมพ์

5. วารสารออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์ หลังจากที่คุณผู้พิมพ์ปรับแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือจนกว่ากองบรรณาธิการพิจารณาแล้วว่าบทความสามารถเผยแพร่ตีพิมพ์ได้

คำแนะนำทั่วไป

1. บทความที่ส่งตีพิมพ์ในวารสารเป็นบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่ยังไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างรอการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์จากวารสารอื่น
2. กระบวนการดำเนินการวิจัยต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย โดยขั้นตอนการ Submission บทความ ขอให้แนบส่งสำเนาเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. บทความได้รับความยินยอมในการเผยแพร่ตีพิมพ์จากทีมวิจัยทุกคน
4. บทความเตรียมในรูปแบบของไฟล์ Microsoft Word
5. บทความจัดเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบ Template ที่วารสารกำหนดทั้งเนื้อหาบทความ และรูปแบบการอ้างอิง จากคำแนะนำการเตรียมต้นฉบับ (Author Guidelines) วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education) ISSN 2985-251X (Online)
6. กองบรรณาธิการวารสารจะพิจารณาออกหนังสือตอบรับตีพิมพ์ หลังจากที่คุณผู้พิมพ์ผ่านการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้พิมพ์ได้ปรับแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วเท่านั้น
7. บทความที่ทางกองบรรณาธิการออกหนังสือตอบรับตีพิมพ์ไปแล้ว หากผู้พิมพ์ขาดการติดต่อในขั้นตอนหลังการประเมิน หรือขาดการติดต่อการปรับแก้ไขบทความเพิ่มเติมก่อนการเผยแพร่ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการขอปฏิเสธการตีพิมพ์บทความของท่านในฉบับที่ออกหนังสือตอบรับไปแล้ว แต่ท่านสามารถตีพิมพ์บทความหลังจากที่ปรับแก้ไขบทความสมบูรณ์แล้วในฉบับต่อไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ
8. กองบรรณาธิการจะส่งบทความให้ผู้พิมพ์อ่านและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดเป็นครั้งสุดท้ายและแจ้งให้ยืนยันการเผยแพร่ตีพิมพ์ หากไม่ได้รับการยืนยันเผยแพร่ตีพิมพ์จากผู้พิมพ์ กองบรรณาธิการจะไม่เผยแพร่บทความตีพิมพ์จนกว่าจะได้รับการยืนยันให้เผยแพร่ตีพิมพ์จากผู้พิมพ์ หากผู้พิมพ์ขาดการติดต่อ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์การตีพิมพ์บทความในวารสารฉบับดังกล่าว แต่ท่านสามารถตีพิมพ์บทความได้ในฉบับต่อไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของกองบรรณาธิการ
9. เนื้อหาของบทความรวมทั้งข้อเสนอแนะต่างๆ ที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา เป็นเพียงความคิดเห็นของผู้พิมพ์เท่านั้น กองบรรณาธิการจะไม่รับผิดชอบต่อความผิดพลาดของเนื้อหาบทความที่เผยแพร่ไปแล้ว
10. บทความที่เผยแพร่ออนไลน์ไปแล้ว หากกองบรรณาธิการตรวจสอบพบว่าผิดต่อหลักจริยธรรมการวิจัย 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

กองบรรณาธิการภายใน

ดร.ปิยะฉัตร จันทวารีย์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.นฤมล กิ่งแก้ว	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.สุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.รัชชัย เต็มใจ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร.สมพร แก้วทอง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการภายนอก

รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล	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
ทันตแพทย์หญิง ดร.ภคิสา คนสุภาพ	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล	วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์



กองบรรณาธิการภายนอก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พยงค์ เทพอักษร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พานจันทร์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

ดร.พงศ์พิชญ์ บุญดา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มาสนิ ศุกลักษ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

คณะพยาบาลศาสตร์

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

คณะพยาบาลศาสตร์

ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา

Kent Hamilton

คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้จัดการวารสาร

อาจารย์ศตายุ ผลแก้ว

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ฝ่ายสนับสนุน

นางสีมร โกสีย์บุตร

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 3 ประจำเดือนกันยายน-ธันวาคม 2568 มีการเผยแพร่บทความวิจัยจำนวนทั้งหมด 17 บทความ จึงเรียนมาเพื่อทราบ

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
1.	ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพจิตในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแมกัย เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง Effectiveness of the Capacity Development Program for Network Leaders in Promoting Mental Health in the Ban Mae Kui Public Health Service Center area of responsibility in Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province เยาวยาณีย์ สุยะ, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ*, อุฬาริกา โยสิทธิ์, พรณิภา ปัญญาไว Yaoyanee Suya, Sriprapai Inchaithep*, Ularika Yosith, Phannipha Panyawai	e277009
2.	ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพในเด็ก 0-5 ปี ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน The effect of the oral health program offered by BanDan Hospital well child clinic to children aged 0 to 5 พัชรพร เสมอภาค Pacharaporn Samoeaphak	e275582
3.	การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการสักยากับการนวดแบบราชสำนักต่อระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบน A Comparison of the Effectiveness Between Medical Tattooing and Traditional Thai Royal Massage on Muscle Pain Levels in Patients with Upper Back Pain รุ่งระวี รักษแดง Rungrawi Rakdaeng	e276354
4.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพิปูน จังหวัดนครศรีธรรมราช Factors Associated with Diabetic Nephropathy in type 2 Diabetic Patients at Phipun district, Nakhon Si Thammarat Province ณัฐยานัน อินนุพัฒน์, ดลปภัฏ ทรงแเลิศ, จิตฤดี รอดการทุกซ์* Nuttaya Innupat, Dolpaphat Songlead, Jitrudee Rodkantuk*	e275823
5.	การพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพพระยาวัยในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี The Development of a Long-term Care Model for the Dependent Elderly with Network Partners' Participation in Si Racha District, Chon Buri Province ณัฏพนพงศ์ พีรภักพงศ์* Natnapong Peerapakapong*	e277084

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
6.	ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอชุมพวง จังหวัดศรีสะเกษ Knowledge Attitude and Behavior of traditional herbal medicine used for oral health care among elderly in Yangchumnoi District, Sisaket province ธนิสสา รามฤทธิ์*, วันเพ็ญ สมหอม, นิติพล ทวีโคตร, น้ำทิพย์ ชาติมนตรี Thanissa Ramrit*, Wanpen Somhom, Nitipol Taweekhot, Namtip Chatmontre	e276449
7.	การพัฒนาแบบการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง Developing a Happy Organization Operating Model: Rayong Provincial Public Health Officea เริงชัย สุขสิลา, ศรุต มูลสาร* Raengchai Suksila, Sarut Moonsarn	e275996
8.	การศึกษาประสิทธิภาพของยาตำรับยาทาพระเส้นในผู้ป่วยดหลังส่วนล่าง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี Efficacy of Ya-ta-pra-sen in Relieving Low Back Pain at Khlong Khwang Sub-district Health Promoting Hospital Sai Noi District Nonthaburi Province บุญยวีร์ สุทธิธรรมสูง*, พนาวัลย์ ทองคร่ำ, ชุตินา รัตติกาลธรรมา, เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล, ศราวุฒิ แพะขุนทด Boonyawee Sutthithamsung*, Panawan Thongkram, Chutima Rattikarntara, Benjawan Poonthananiwatkul, Sarawut Phaekhuntod	e277258
9.	ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียล แอดเคาน์ท์ต่อความรู้ และความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก Effects of LINE Official Account-Based Information and Emotional Support Program on Knowledge and Coping Abilities among Diabetic Patients with Microvascular Complications สุดาวรรณ สันหมอยา, ศักดา เปรมไทยสงค์*, พรพิมล ชัยสา Sudawan Sanmorya, Sakda Pramthaisong*, Pornpimol Chaisa	e276802
10.	การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน Development on Self-Care Model for Prevention Chronic Kidney Disease Stage 3 among Type II Diabetic Patients using Community Participation ไชยยา จักรสิงห์โต, ศรุต มูลสาร* Chaiya Jugsingto, Sarut Moonsarn*	e277395

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
11.	ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันการติดเกมในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา Factors Associated with Game Addiction Protection Among Children in Primary School ณิชากุล พิชชาชาญ, สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา*, ศิริภัทธรา จูฑามณี, ชไมพร จันจ้อย Nitchakun Phichachan, Sombut Pratakkulvongsa*, Siripattra Juthamane, Chamaipron Janjuy	e276813
12.	การถอดบทเรียนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก Lessons Learned from the Integrated Treatment and Rehabilitation of Substance Users in Tak Province พิจารณ สารเสวก, ยุทธนา แยกคาย* Pijarn Sarnsaweg, Yutthana Yaebkai*	e276871
13.	ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ The Effectiveness of Caring System for Uncontrolled Hypertension at Takhian Health Promoting Hospital, Kap Choeng District, Surin Province ศิริลักษณ์ สร้อยเสน* Siriluk Soison*	e276261
14.	การเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่ ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth เขตสุขภาพที่ 2 Accelerating Access to Perinatal Care through Telehealth in Preventive Health Benefit Packages ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์*, ภาวรินทร์ หงษ์สุวรรณ, วันชนา จินดาง Piyaphan Trakultip*, Parinee Hongsuwan, Wanshana Cheenduang	e276007
15.	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว หลังการผ่าตัดตับ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ The Development of Anesthetic Nursing Practice Guidelines for Hepatectomy in Sunpasitthiprasong Hospital : Enhanced Recovery After Surgery, ERAS กฤตพรณ์ ประกอบแสง*, ศรีนรา ทองมี, อจิรวดี ราชมณี, เดือนเพ็ญ หมั่นสี, ประกอบ สูดพาห์ Krittaporn Prakobseang*, Sarinra Thongmee, Ajirawadee Rachmanee, Duanpen Muensee, Prakob Sudpa	e277018

เรื่องที่	บทความวิจัย	หน้า
16.	ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขตและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จังหวัดกาญจนบุรี Prevalence and Associated Factors of Depression among the Elderly with Non-communicable Disease at Somdejprapiyamaharajrommaneeyakheth Hospital and Its Subdistrict Health Promoting Hospital Network, Kanchanaburi Province เอกสิทธิ์ ภูพิชฌาณัฐ*, ณัฐนันท์ ภูพิชฌาณัฐ Eakasit Phuphitchatanat*, Nattanan Phuphitchatanat	e276293
17.	การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา Development of Health Care Behavior Modification Model to the 3E. 2S. of Elderly with Hypertension in Mueang Chachoengsao District Chachoengsao Province นันทน์ภัส ธนฐากร*, ญาดา เรียมริมมะดัน, วรพล แวงนอก, ชนะพล สิงห์สุข Nunnaphat Tanathakorn, Yada Reamrimmadun, Worraphol Waengnork, Chanapon Singsook	e276193



ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพจิต ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่กีย เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง

เยาว์ยานีย์ สุธะ¹, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ^{2*}, อุฬาริกา โยสิทธิ์¹ และ พรณิภา ปัญญาไว¹

¹ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่กีย เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 11 สิงหาคม 2568; วันที่แก้ไข: 8 พฤศจิกายน 2568; วันที่ตอบรับ: 16 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยตัวแทนผู้นำชุมชน กลุ่มสตรี กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอสม. และจิตอาสาในชุมชน โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 50 คน ระยะเวลา 20 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิต แบบประเมินความรู้ในการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต แบบประเมินความรู้สุขภาพจิต และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของแกนนำเครือข่าย หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 23.39, p < .001, t = 13.23, p < .001$ และ $t = 7.35, p < .001$ ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 45.67, p < .001$ และ $t = 7.35, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ดังนั้นโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในครั้งนี้จึงมีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่แกนนำเครือข่ายชุมชน ซึ่งสามารถนำไปสู่การส่งเสริมให้แกนนำที่มีศักยภาพทำหน้าที่เป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพแกนนำ การสร้างเสริมสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ; inchainthep@gmail.com



Effectiveness of the Capacity Development Program for Network Leaders in Promoting Mental Health in the Ban Mae Kui Public Health Service Center area of responsibility in Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province

Yaoyanee Suya¹, Sriprapai Inchaihp^{2*}, Ularika Yosit¹, and Phannipha Panyawai¹

¹ Ban Mae Kui Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province

² Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: 11 August 2025; Revised: 8 November 2025; Accepted: 16 December 2025)

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group, pretest-posttest design aimed to compare mental health literacy, knowledge of mental health screening, and promotion and participation in mental health promotion among community network leaders in an experimental and comparison group before and after the intervention. The study sample consisted of 100 participants, including representatives from community leaders, women's groups, youth groups, elderly groups, village health volunteers (VHVs), and community volunteers. Participants were equally divided into an experimental group ($n = 50$) and a comparison group ($n = 50$). The intervention lasted 20 weeks. The research instruments included a capacity development program for community network leaders in mental health promotion, a knowledge assessment on mental health screening and promotion, a mental health literacy assessment, and a participation in mental health promotion scale. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests for hypothesis testing.

The study revealed that the experimental group's mean scores for mental health literacy, knowledge regarding mental health screening and promotion, and participation in mental health promotion of the network leaders were significantly higher after participating in the program compared with before participation ($t = 23.39$, $p < .001$; $t = 13.23$, $p < .001$; and $t = 7.35$, $p < .001$, respectively). The results of the comparison between groups showed that the mean score for mental health literacy and participation in mental health promotion of the experimental group were significantly higher than those of the comparison group at the .05 level $t = 45.67$, $p < .001$ และ $t = 7.35$, $p < .001$. However, there was no significant difference between the experimental and comparison groups regarding knowledge of mental health screening and promotion. These findings suggest that empowering community leaders with sufficient capacity can foster sustainable community-based mental health promotion initiatives.

Keywords: Capacity development, mental health promotion, mental health literacy

***Corresponding author:** Sriprapai Inchaihp; inchaihp@gmail.com



บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) รายงานว่ามีประชากรทั่วโลกประมาณ 970 ล้านคน ที่เผชิญกับภาวะความผิดปกติทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน และการใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ในบริบทของประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2566) ระบุว่า มีประชาชนไทยกว่า 10 ล้านคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่พบได้ถึงร้อยละ 10 และ ร้อยละ 9.3 ตามลำดับ และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 5.5 และพบมีเพียงร้อยละ 20 ที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล เนื่องจากบุคลากรด้านสุขภาพจิตมีจำนวนจำกัดและมักกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองเป็นหลัก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน การพัฒนาศักยภาพของแกนนำภาคีเครือข่ายในชุมชนจึงถูกมองว่าเป็นหนึ่งในแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตและช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการเหล่านี้ (Kruk et al., 2017)

แนวความคิดมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ (Community Participation in Health Care) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับชุมชน (Rifkin, 2021) แนวทางหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลคือการใช้ภาคีเครือข่ายในชุมชน (community-based networks) โดยเฉพาะแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยงานภาคประชาสังคม เข้ามามีบทบาทร่วมในการดูแลสุขภาพจิต เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีความใกล้ชิดกับประชาชน เข้าใจบริบทของชุมชน และสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kola et al., 2021 ; Cohen & Syme, 2013) การเสริมสร้างความร่วมมือในชุมชนช่วยให้การดูแลสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชน และลดอุปสรรคทางกายภาพและจิตใจ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนยังสนับสนุนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความเครียดทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคทางจิตใจ การใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมการบำบัดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ยั่งยืน (Nguyen et al., 2023)

บทบาทของแกนนำภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะตัวกลางที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ สนับสนุนกิจกรรมเชิงป้องกัน และเป็นกลไกในการส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ที่ต้องการการดูแลสุขภาพจิตได้อย่างทันท่วงที (กรมสุขภาพจิต, 2565) อย่างไรก็ตาม บทบาทของภาคีเครือข่ายเหล่านี้จะเกิดประสิทธิผลได้ก็ต่อเมื่อมีการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะการประเมินเบื้องต้น การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการส่งต่อที่เหมาะสม รวมถึงมีการออกแบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน จะสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ชัดเจนต่อทั้งตัวแกนนำและกลุ่มเป้าหมายในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในชุมชนช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหา



ทางจิตเบื้องต้นได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลต่อการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนกับหน่วยงานสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม และส่งเสริมความยั่งยืนของระบบการดูแลสุขภาพจิตในระยะยาว (Nguyen et al., 2020) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ PPRRCE Model ประกอบด้วย การส่งเสริม การป้องกัน การบรรเทา การส่งต่อ การดูแลรักษา และการเสริมพลัง ซึ่งพบว่าสามารถส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.ได้ (วิสสุตนา พินพิบูลย์ และ อรุณ บุญสร้าง, 2568). แต่ยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพแกนนำที่มุ่งเน้นให้เกิดความรอบรู้สุขภาพจิต แม้ว่าจะมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่ต่างๆ แต่ยังขาดการประเมินผลที่เป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564)

จากสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายของประชากรในเขตศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่ก้อย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี จากปีงบประมาณ 2564 ถึง 2566 มีอัตราการตาย 0.10 , 0.21 และ 0.41 ตามลำดับ และเมื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วยสุขภาพจิตของเขตศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่ก้อย ที่เข้ารับการวินิจฉัยและรักษาในระบบโรงพยาบาล ลำปาง 3 ปี จากปีงบประมาณ 2564 ถึง 2566 พบมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 224 ราย 236 ราย และ 241 รายตามลำดับ ประกอบกับข้อมูลการคัดกรองสุขภาพประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป พบมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 10 รายในปีงบประมาณ 2564 เป็น 17 ราย ในปี 2566 (ข้อมูลจากระบบการบันทึกการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่ก้อย JHCIS ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖) ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่ก้อย เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากรทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นการเสริมสร้างบทบาทของแกนนำภาคีเครือข่ายจึงถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการยกระดับการทำงานด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน และยังเป็นการกระจายอำนาจการดูแลสุขภาพจิตจากบุคลากรวิชาชีพไปสู่ชุมชนได้อย่างยั่งยืน (อรัญญา สุริยจันทร์, 2561) ด้วยเหตุนี้การวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการออกแบบโปรแกรมพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสมต่อบริบทของแกนนำในชุมชน จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ และตอบสนองต่อสถานการณ์สุขภาพจิตในระดับท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่าย หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายภายหลังจากได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพแกนนำ

- การมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและความต้องการของชุมชน
- การสร้างเครือข่าย กำหนดโครงสร้าง และบทบาทแกนนำ
- การส่งเสริมความรู้สุขภาพจิตและปัญหาด้านสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 2 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

- การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตร่วมกับแกนนำชุมชน
- การลงพื้นที่คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต
- การใช้ทรัพยากรในและนอกชุมชนในการสนับสนุนกิจกรรม
- การใช้เทคโนโลยีในการส่งต่อ รักษาและติดตาม

กิจกรรมที่ 3 การประเมินผลและถอดบทเรียนการเสริมสร้างสุขภาพจิตในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

- การประเมินผล และถอดบทเรียนการดำเนินกิจกรรม
- การกำหนดรูปแบบที่ดำเนินการโดยภาคีเครือข่าย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
2. ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต
3. การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 สิงหาคม ถึง 30 ธันวาคม 2567

ประชากร แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่กีย ตำบลปงแสนทอง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 341 คน ในพื้นที่ 13 ชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พระภิกษุสงฆ์ แกนนำสตรี แกนนำสูงอายุ แกนนำชุมชน และแกนนำเยาวชน



เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) อายุ 18 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือนก่อนวันคัดเลือก.2) สามารถอ่าน ฟัง และเขียนภาษาไทยได้ 3) ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นว่าไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรืออาการทางจิตเฉียบพลันที่จำกัดความสามารถในการให้ความยินยอมหรือเข้าร่วมกิจกรรมและ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างน้อย 80% ของเวลาเรียน/กิจกรรมที่กำหนด 2) มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ

กลุ่มตัวอย่าง แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 100 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G^* power กำหนด effect size = 0.702 โดยอ้างอิงจากวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม (บัณฑิต พิทักษ์, 2566) กำหนด $\alpha = 0.05$, power 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 45 คน คำนวณเพิ่มเพื่อป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 50 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยสุ่มชุมชนเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 3 ชุมชน โดยชุมชนที่ใช้เป็นพื้นที่ทดลองได้แก่ ชุมชนบ้านแม่กีย บ้านสำเภา และบ้านหมอสม ส่วนชุมชนที่เป็นพื้นที่เปรียบเทียบได้แก่ ชุมชนบ้านปงแสนทอง บ้านสบตุ๋ย และบ้านไร่นาน้อย

ขั้นที่ 2 เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 6 ชุมชน ที่มีคุณสมบัติเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสตรี แกนนำสูงอายุ แกนนำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย

ขั้นที่ 3 สุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ (Match paired) เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน ตามคุณลักษณะด้านเพศ อายุ บทบาท ประสบการณ์และระดับการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 38 คน แกนนำสตรี 14 คน แกนนำสูงอายุ 24 คน แกนนำชุมชน 12 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 12 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของการวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิด การมีส่วนร่วมของชุมชนของ Rifkin (2009) และแนวคิดของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ของ Jorm et al. (1997) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพแกนนำ (Preparation Phase) ระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วย

1) การประชุมเชิงปฏิบัติการคั่นข้อมูลสุขภาพจิต (Mental Health Situation Workshop) ดำเนินการโดยบุคลากรสุขภาพประจำศูนย์บริการฯ

2) การจัดประชุมสร้างเครือข่ายและโครงสร้างการดำเนินงาน (Network Formation Meeting) โดยแกนนำร่วมกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการเครือข่าย กำหนดบทบาทหน้าที่ และวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชุมชน



3) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมความรู้สุขภาพจิต (Mental Health Literacy Training) ดำเนินการโดยพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและคณะผู้วิจัย เนื้อหาครอบคลุม: ความเข้าใจพื้นฐานสุขภาพจิต การคัดกรองภาวะซึมเศร้า/ความคิดฆ่าตัวตาย และเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

กิจกรรมที่ 2 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน (Implementation Phase) เพื่อพัฒนาทักษะและพฤติกรรมความร่วมมือของแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิต ระยะเวลา: 2 เดือน ประกอบด้วย

1) การลงพื้นที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต (Community Mental Health Promotion) แกนนำดำเนินกิจกรรมตามบทบาท เช่น การติดโปสเตอร์ จัดเสียงตามสาย จัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน และเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้าน ฯลฯ) เพื่อให้คำปรึกษาเบื้องต้น

2) การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (Mental Health Screening) ใช้แบบคัดกรองมาตรฐาน ได้แก่ 2Q+, 9Q, 8Q และ MIND-6 ให้การดูแลเบื้องต้นตามระดับความรุนแรง และส่งต่อเข้ารับบริการรักษาตามระบบ โดยบันทึกข้อมูลในแบบติดตามผลสุขภาพจิต

3) การใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดตามและส่งต่อ (Digital Mental Health Support) จัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับการสื่อสารระหว่างแกนนำ-เจ้าหน้าที่-ทีมวิจัยใช้เป็นช่องทางให้คำปรึกษา ส่งต่อผู้ป่วย และติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 การสรุปและกำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน (Evaluation & Model Development Phase) ระยะเวลา 2 เดือน ประกอบด้วย

1) การจัดกลุ่มประเมินผลและสะท้อนผล (Focus Group Evaluation) แกนนำแบ่งกลุ่มย่อย (8-10 คน) ร่วมกันประเมินผลการดำเนินกิจกรรมและเสนอแนวทางปรับปรุง ก่อนนำเสนอผลต่อกลุ่มใหญ่

2) การร่วมกำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต (Participatory Model Design) ใช้ผลการประเมินในครั้งที่ 2 มาสังเคราะห์ร่วมกับแกนนำและภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

3) การสรุปและประกาศใช้รูปแบบ (Consensus & Implementation Planning) จัดประชุมกลุ่มใหญ่เพื่อรับรองรูปแบบที่พัฒนา กำหนดคณะทำงาน บทบาทหน้าที่ และแผนการดำเนินงานระยะต่อไป

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต พัฒนาโดย ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สิริอร พัวศิริ, มณีนรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์ และคณะ (2561) ตามกรอบแนวคิดความรู้สุขภาพจิตของ Jorm et al. (1997) จำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นแบบทดสอบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนข้อที่ถูกได้ 1 คะแนน ข้อผิดได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินระดับความรู้ คือ คะแนน 12-15 มีความรู้ในระดับ ดี คะแนน 8-11 มีความรู้ในระดับ ปานกลาง และคะแนน 0-7 มีความรู้ในระดับ ไม่ดี



ตอนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตจำนวน 12 ข้อเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ระดับความความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต กำหนดด้วยคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.00 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับไม่ดี

ตอนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตจำนวน 21 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต กำหนดคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.00 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน จัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน จัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน จัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน จัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับไม่ดี

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต และความรู้และความสามารถในการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต การแปลผล และให้การดูแลเบื้องต้นตามเกณฑ์ที่แบบคัดกรองระบุไว้ ประกอบด้วยความรู้ในการคัดกรองด้วย แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (2Q plus) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม แบบสังเกตอาการโรคจิต MIND-6 แบบคัดกรอง ASSIST ฉบับภาษาไทย ลักษณะเครื่องมือเป็นเลือกตอบ ถูกผิดจำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนข้อที่ถูกได้ 1 คะแนน ข้อผิดได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความรู้โดยใช้จุดตัดของ Bloom (1968).ดังนี้ คะแนน 12-15 มีความรู้ในระดับ ดี คะแนน 8-11 มีความรู้ในระดับ ปานกลาง และคะแนน 0-7 มีความรู้ในระดับ ไม่ดี

2.3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต พัฒนาโดย นางคราญ คชรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ (2561) จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ แบ่งระดับตามค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ดังนี้

2.51 – 3.00 หมายถึง มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในระดับมาก

1.51 – 2.50 หมายถึง มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในระดับปานกลาง

1.00 – 1.50 หมายถึง มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในระดับน้อย



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยส่งโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิตและแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย จิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of congruence: IOC) พบว่า เครื่องมือทั้งสองชุดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.0 ซึ่งถือว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ (สุวิมล ตรีภานันท์, 2565)

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สุขภาพจิต แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของ แบบประเมินความรู้ในการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ด้วยการวิเคราะห์ KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.77 ส่วนแบบประเมินความรู้สุขภาพจิต และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.76 และ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มเป้าหมาย ประชุมชี้แจงการดำเนินกิจกรรมการวิจัย และขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามรายละเอียดในหัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการทดลอง โดยจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในพื้นที่ ที่ห่างกัน หลีกเลี่ยงการเปิดเผยกิจกรรมที่กลุ่มทดลองได้รับในช่องทางสาธารณะ ตามรายละเอียดดังนี้ต่อไป

2.1 กลุ่มทดลอง รายละเอียดการดำเนินการดังนี้

2.1.1 ขอความร่วมมือในการตอบแบบข้อมูล เกี่ยวกับความรู้สุขภาพจิต และความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต ก่อนเริ่มกิจกรรม

2.1.2 ดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิตตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในเครื่องมือการดำเนินการวิจัยดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพแกนนำ เป็นกิจกรรมกลุ่มในการค้นหาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมศักยภาพของแกนนำและส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการส่งเสริมพลังอำนาจแก่แกนนำเครือข่ายในชุมชน ใช้เวลาดำเนินการ 1 เดือน

กิจกรรมที่ 2 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่ใช้เน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการส่งเสริมพลังอำนาจแก่แกนนำเครือข่ายในชุมชน แกนนำดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มเสี่ยงเป็นระยะเวลา 2 เดือน



กิจกรรมที่ 3 กำหนดรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในชุมชน เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการหลังจากแกนนำชุมชนได้ลงพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มและร่วมกันกำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต และร่วมกันให้ข้อเสนอแนะและสรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 2 เดือน

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามปกติ ได้แก่ ได้รับการประชุมประจำเดือน พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ผ่านช่องทางการประชาสัมพันธ์การให้ความรู้การดูแลสุขภาพพระบอบออนไลน์ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่ก้อย รวมถึงกำกับติดตามให้อสม.ดำเนินการกิจกรรมการคัดกรอง ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และส่งต่อแก่บุคลากรสุขภาพ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยง 2 เดือน

4. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิต ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุดจนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนดเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

5. หลังสิ้นสุดการวิจัยถ้าพบว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้และความรอบรู้สุขภาพจิต นำกิจกรรมของโปรแกรมไปจัดให้แก่กลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้รับการพัฒนาเทียบเท่ากลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Chi-square หรือ Fisher exact test

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้ และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำ ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติการทดสอบที่ (paired t-test) โดยมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov test

4. เปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่าย ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) โดยมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E2566/ 139 รับรองวันที่ 16 มกราคม 2567 ก่อนวิจัยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมจากกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้า



ร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจโดยไม่มีผลต่อการรับบริการรักษาพยาบาลใดๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลการวิจัยไว้เป็นความลับ หลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทันที ทั้งนี้การนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยจะไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78 อายุ 51-60 ปี และ 61-70 ปี กลุ่มร้อยละ 40 เป็น อสม. ร้อยละ 38 โดยมีประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 48 และระดับการศึกษา ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 40 เป็น อสม. ร้อยละ 38 โดยมีประสบการณ์ 11-20 ปี ร้อยละ 38 และระดับการศึกษา ระดับศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 38 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)		กลุ่มทดลอง (n = 50)		Chi-square/ Fisher exact test	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					0.56 ^{X²}	1	.812
ชาย	11	22	12	24			
หญิง	39	78	38	76			
อายุ					0.502 ^{Fisher}	3	.973
น้อยกว่า 50 ปี	5	10	4	8			
51-60 ปี	20	40	20	40			
61-70 ปี	20	40	19	38			
มากกว่า 70 ปี	5	10	7	14			
บทบาท					1.227 ^{X²}	4	.873
อสม.	19	38	19	38			
กลุ่มผู้สูงอายุ	9	18	12	24			
ผู้นำชุมชน	7	14	6	12			
กลุ่มสตรี	8	16	7	14			
ผู้ดูแลผู้ป่วย	8	16	6	12			
ประสบการณ์					3.413 ^{X²}	2	.332
น้อยกว่า 10 ปี	24	48	17	34			



รายการ	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)		กลุ่มทดลอง (n = 50)		Chi-square/ Fisher exact test	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
11-20 ปี	18	36	19	38	5.111 ^{Fisher}	3	.164
มากกว่า 20 ปี	8	16	14	28			
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	20	40	12	24			
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	20	10	20			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	34	19	38			
ปริญญาตรี	3	6	9	18			

X² Chi-square test, ^{Fisher} Fisher's exact

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และ การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 23.39$, $p < .001$, Mean diff = 4.00, 95% CI = 3.29–3.90) คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.23$, $p < .001$, Mean diff = 1.70, 95% CI = 1.70–2.81) คะแนน เฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($t = 7.35$, $p = .001$, Mean diff = 0.44, 95% CI = 0.37–0.51) ทั้งนี้ คะแนนเฉลี่ยรายด้านของทั้งสาม ตัวแปรพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้โปรแกรม

ด้าน	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		Mean diff	95%CI	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ความรอบรู้สุขภาพจิตรวม	7.52	0.24	11.52	0.28	4.00	3.29- 4.12	23.39	< .001*
1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	8.86	0.35	10.28	0.57	1.42	1.24- 1.59	16.48	< .001*
1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต	3.04	0.58	3.68	0.47	0.64	0.49-0.79	3.91	.001*
1.3 ความสามารถในการรับรู้	2.34	0.62	3.35	0.48	1.01	0.87 – 1.71	9.07	< .001*
ปัญหา การป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต								
2. ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต	6.90	0.77	8.80	0.57	1.90	1.70 - 2.81	13.23	< .001*
3. การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน	2.21	0.08	2.55	0.16	0.44	0.37- 0.51	7.35	.001*
3.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม	2.18	0.22	2.62	0.26	0.42	0.34- 0.50	12.83	< .001*
3.2 ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรม	2.35	0.32	2.77	0.22	0.14	0.11- 0.17	10.47	< .001*
3.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	2.11	0.12	2.25	0.08	0.34	0.30- 0.38	9.35	.003*

*p-value < .05

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบแนวทางระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวม ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.55$, $p < .001$, Mean difference = 2.30, 95% CI = 2.11–2.49) คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนในภาพรวม ในกลุ่มทดลอง



มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.66$, $p < .001$, Mean diff = 0.49, 95% CI = 0.44 - 0.53) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 1.81$, $p = 0.74$, Mean diff = 0.30, 95% CI = -0.19-0.42) ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตพบว่ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิตพบว่าไม่แตกต่างกัน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยรายด้านของการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในกลุ่มทดลองมีสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตของแกนนำภาคีเครือข่ายระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ด้าน	กลุ่ม เปรียบเทียบ (n = 50)		กลุ่มทดลอง (n = 50)		Mean diff	95%CI	t	p- value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1.ความรอบรู้สุขภาพจิตรวม	9.22	0.61	11.52	0.28	2.30	2.11- 2.49	7.55	<.001*
1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	9.64	0.51	10.28	0.57	0.64	0.43- 0.85	2.69	.045*
1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต	3.19	0.88	3.68	0.47	0.49	0.21- 0.77	2.75	.007*
1.3 ความสามารถในการรับรู้ ปัญหา การป้องกัน และจัดการ ปัญหาทางจิต	3.02	0.42	3.35	0.48	0.33	-0.17- 0.43	1.95	.054
2.ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและ การส่งเสริมสุขภาพจิต	8.50	0.42	8.80	0.57	0.30	-0.19- 0.42	1.81	.074
3. การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริม สุขภาพจิตในชุมชน	2.06	0.16	2.55	0.16	0.49	0.44- 0.53	12.66	.001*
3.1 การมีส่วนร่วมในการวางแผน กิจกรรม	2.08	0.24	2.62	0.26	0.54	0.49- 0.61	15.24	< .001*
3.2 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	2.24	0.24	2.77	0.22	0.53	0.48- 0.57	11.25	< .001*
3.3 การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล	1.86	0.28	2.25	0.08	0.37	0.32- 0.41	7.39	< .001*

*p-value< .05



อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต แกนนำภาคีเครือข่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยสะท้อนถึงประสิทธิผลของการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้เชิงปฏิบัติ และการเชื่อมโยงกับบริบทชุมชน ตามแนวคิด การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ตามแนวคิดของ Rifkin (2009) ที่อธิบายว่าการเปิดโอกาสให้แกนนำภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ไปจนถึงการประเมินผล ทำให้ประชาชนเกิดความเป็นเจ้าของ และมีพลังในการจัดการสุขภาพของตนเอง กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมให้แกนนำเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และประสบการณ์ระหว่างกลุ่ม กระบวนการส่งเสริมความรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ช่วยเพิ่มความรู้และความมั่นใจในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของแกนนำในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ (Nguyen et al., 2020 และ Kola et al., 2021) นอกจากนี้กิจกรรมของโปรแกรมยังมีการสอดแทรกเนื้อหาที่ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต การสร้างความรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิตและจัดการปัญหาทางจิตยังเป็นไปตามแนวคิดของความรู้สุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถประเมิน คัดกรอง และจัดการกับภาวะสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Jorm, A. F., 2012) เหตุผลดังกล่าวนี้จึงทำให้แกนนำ มีความมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่บุคคลในความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น

ผลการวิจัยที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบัติ ธิยาพันธ์, นิตดา ภู่อุสาสน์ และ ญาดา ประคองยศ (2564) ที่พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สามารถเพิ่มความรู้อและความสามารถในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สสุตา นพพิบูลย์ และอรุณ บุญสร้าง (2568) ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. สามารถพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ ผลการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต ยังสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเมื่อแกนนำชุมชนมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น จะสามารถแสดงบทบาทเชิงรุกในการร่วมออกแบบแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับพื้นที่ตนเองมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Rifkin (2009) ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลายระดับ เริ่มจากการเข้าร่วมกิจกรรม ไปจนถึงการวางแผน ร่วมตัดสินใจ และประเมินผล ซึ่งแต่ละระดับต้องการความรู้ ความเข้าใจ และพลังอำนาจที่ต่างกัน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลนั้นต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการสะท้อนความคิดเห็น จะเห็นได้ว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในชุมชนช่วยเพิ่มความรู้อ ความสามารถในการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเบื้องต้น ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนกับหน่วยงานสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม และส่งเสริมความยั่งยืนของระบบการดูแลสุขภาพจิตในระยะยาว ตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตเวช (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565)



ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แกนนำภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมที่หลากหลาย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของแกนนำ แตกต่างจากกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพแกนนำในกลุ่มเปรียบเทียบที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ผ่านการอบรม แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้แกนนำมีการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต แลกเปลี่ยนความเชื่อโดยการจัดกิจกรรมเชิงรุก การสื่อสารความรู้ที่เข้าใจง่าย การอภิปรายแลกเปลี่ยนร่วมกัน และการใช้สถานการณ์จำลองในการเรียนรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการเพิ่มความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบัติ ธิยาพันธ์, นียดา ภู่อุสาสน์ และ ญาดา ประครองยศ (2564) ที่พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถส่งผลต่อการเพิ่มความรอบรู้สุขภาพจิตของแกนนำชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ การจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม และการเรียนรู้ร่วมกันอย่างมีระบบ ทำให้แกนนำเกิดการเรียนรู้เชิงลึกและปรับทัศนคติเชิงบวกต่อสุขภาพจิตมากขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของความรู้สุขภาพจิต ที่ช่วยให้บุคคลสามารถประเมิน คัดกรอง และจัดการกับภาวะสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Jorm J.F, 2012) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความรู้สุขภาพจิตรายด้านพบว่า ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน เนื่องจากทักษะเหล่านี้จำเป็นต้องพัฒนาจากประสบการณ์จริง มีการลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริงต่อเนื่อง หรือการติดตามผลในระยะยาวจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) (2566) ที่ระบุว่า การพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน ควรมีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง มีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะทักษะในการคัดกรองและการให้คำแนะนำเบื้องต้นด้านสุขภาพจิตนั้นต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wei et al. (2015) ที่พบว่าหลังการอบรมด้านสุขภาพจิต แกนนำชุมชนมีความรู้และทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการนำความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะการให้การดูแลหรือส่งต่อกรณีซับซ้อน ข้อค้นพบนี้ยังตรงกับรายงานของ Kitchener & Jorm (2006) ที่ระบุว่า การฝึกอบรมด้านการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น สามารถเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชได้ดีในระยะสั้น แต่การพัฒนาทักษะจำเป็นต้องมีการเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้อาจมีปัจจัยด้านบริบท เช่น ประสบการณ์เดิมของกลุ่มเปรียบเทียบ บทบาทหน้าที่ของแกนนำในชุมชนที่อาจได้รับข้อมูลสุขภาพจิตจากแหล่งอื่น ๆ ซึ่งทำให้คะแนนในด้านทักษะการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบใกล้เคียงกัน

ผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยกิจกรรมของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างแกนนำในชุมชน ที่จะช่วยให้แกนนำได้รับข้อมูล ความรู้ และทักษะที่ชัดเจนในการทำหน้าที่ด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยอาศัยการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายและทีมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบัติ ธิยาพันธ์, นียดา ภู่อุสาสน์ และ ญาดา ประครองยศ (2564) ที่พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. สามารถส่งเสริมการปฏิบัติในการดูแล



สุขภาพจิตของ อสม.ได้ และการวิจัยของ ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล ศิริภัทตรา จุฑามณี และ อรพิชา เกตุพันธ์ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของ อสม.เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ให้สามารถขับเคลื่อนและขยายผลแกนนำพบว่า อสม. สามารถส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในด้านสุขภาพจิตของสมาชิกในชุมชนได้ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตของแกนนำภาคีเครือข่ายที่เพิ่มขึ้นภายหลังการใช้โปรแกรม จึงสะท้อนถึงประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาแกนนำ ซึ่งสามารถนำไปขยายผลใช้กับการเสริมสร้างพลังชุมชนด้านสุขภาพจิตในระดับพื้นที่อื่น ๆ ได้

โดยสรุป โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในครั้งนี้มีประสิทธิผลในแง่ของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในด้านทักษะการดูแลและคัดกรองยังคงต้องการการเสริมพลังผ่านกิจกรรมต่อเนื่อง เช่น การฝึกภาคสนาม การสร้างกลุ่ม เครือข่ายความช่วยเหลือ การกำหนดให้มีที่ปรึกษา หรือการให้คำปรึกษาระหว่างทำงาน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติจริง อันจะนำไปสู่ระบบสุขภาพจิตชุมชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในการสุ่มพื้นที่วิจัย ที่อาจจะส่งผลต่อการส่งต่อข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากเป็นวิจัยที่ศึกษาในชุมชนถึงแม้จะมีการแยกพื้นที่การศึกษาให้ห่างไกลกันแล้ว ยังอาจจะมีการสื่อสารวิธีอื่นๆที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคลาดเคลื่อนของการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสำนักงานสาธารณสุข กำหนดนโยบายในการบูรณาการโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเข้าในงานส่งเสริมสุขภาพจิตของศูนย์บริการสาธารณสุข หรือรพ.สต. เพื่อให้แกนนำภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพ และส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

บุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพไปใช้ โดยควรเพิ่มช่วงเวลาในการทำกิจกรรม โดยเพิ่มระยะของการฝึกฝนการคัดกรอง ประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น และการดูแลเบื้องต้นแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยมีบุคลากรสุขภาพเป็นพี่เลี้ยงหรือเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้โปรแกรมนี้สามารถพัฒนาความรอบรู้สุขภาพจิตของแกนนำภาคีเครือข่ายได้ทุกด้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลบทบาทแกนนำภาคีเครือข่ายในการดูแลเบื้องต้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชน ในระยะ 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อดูความต่อเนื่องและยั่งยืนของผลลัพธ์การวิจัย
2. การศึกษาผลกระทบของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ในด้านการค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้สามารถเข้าถึงกระบวนการดูแลส่งเสริมป้องกันและส่งต่อเข้ารับการรักษา



3.การขยายผลการนำกิจกรรมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อขยายการมีส่วนร่วมในการให้บริการอย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). รายงานการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประเทศไทย ปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
- นงคราญ ศรรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทยนาวิ, 47(2), 446-463.
- บัณฑิต พิกักษ์. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 15(3), 38-52.
- ดุชนี บุญพิทักษ์สกุล ศิริภัทรา จุฑาภรณ์ และ อรพิชา เกตุพันธ์ (2563). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(4), 99-110.
- วิสสุตา นพพิบูลย์ และ อรุณ บุญสร้าง. (2568). การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 5(2), 1-21.
- ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สิริอร พัวศิริ, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, ประภาศรี ทุ่งมีผล และวินัย รอบคอบ. (2561). การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 10(2), 97-109.
- สมบัติ รียาพันธ์, นิดดา ภู่อุสาสน์ และ ญาดา ประคองยศ. (2564). การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 65(2), 143-152.
- สุวิมล ตรีภานันท์. (2565). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). รายงานสุขภาพคนไทย 2565: ครอบครัวไทยในวิกฤตโควิด-19. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สืบค้นจาก <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/thaihealth.php?l=thai&y=2022>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย พ.ศ. 2564. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580).



- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). *การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบเรื่องสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.
- อรัญญา สุริยจันทร์. (2561). กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(28), 52-71.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery: Instruction and curriculum (Topical papers and reprints, No. 1). Evaluation Comment, 1(2), n2.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (Eds.). (2013). *Social support and health*. Academic Press.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006). Mental health first aid training: Review of evaluation studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 6–8. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006). Mental health first aid training: Review of evaluation studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 6–8. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x>
- Kola, L., Kohrt, B. A., Hanlon, C., Naslund, J. A., Sikander, S., Balaji, M., et al (2021). COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: Reimagining global mental health. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 535–550. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0)
- Kruk, M. E., Gage, K. D., Arsenault, S., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., et al (2017). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 5(11), e1196–e1252.
- Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 24(1), 113–120.
- Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 24(1), 113–120. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013267/>
- Nguyen, A. J., Weiss, B., Trung, L. T., Ngo, V. K., & Pollack, A. A. (2020). Mental health literacy, help-seeking behavior, and exposure to health communication messages among caregivers in Vietnam. *Health Education & Behavior*, 47(5), 693–702. <https://doi.org/10.1177/1090198120939184>



- Nguyen, T. T., Lee, S. M., & Tran, Q. T. (2023). Community engagement and mental health promotion: Strategies and impact. *Journal of Community Health*, 48(2), 189–202. <https://doi.org/10.1007/s10900-022-01020-3>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes: A review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1(1), 31–36, <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2009.02.001>
- Rifkin, S. B. (2021). Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ Global Health*, 6(12), e007469.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15, 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>



ผลของโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็ก 0-5 ปี ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน

พัชรพร เสมอภาค*

*กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

(วันที่รับบทความ: 22 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 25 กรกฎาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 27 สิงหาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็ก 0-5 ปี ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน และมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กของผู้ปกครอง พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างคือเด็ก 0-5 ปี และผู้ปกครอง ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบวิธีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามเกณฑ์คัดเข้า แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2567 ถึง 31 สิงหาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก แบบตรวจสอบภาวะฟันผุ และโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ทุกข้อมีค่าระหว่าง 0.66 ถึง 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก เท่ากับ 0.72, 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi-square test และ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ คือ มารดา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกรรมและพนักงานประจำ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และเด็ก 0-5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย, และส่วนใหญ่ที่มามีนมจากกล่อง/นมยูเอชที คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพสูงกว่ากลุ่มไม่ได้รับโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของกลุ่มที่ได้โปรแกรมทันตสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมทันตสุขภาพ ไม่แตกต่างทางสถิติ ($p=0.176$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการในการดำเนินงานและปรับปรุง เพื่อส่งเสริมและป้องกันการดูแลทันตสุขภาพในเด็ก 0-5 ปี ต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ, เด็ก 0-5 ปี, ค่าเฉลี่ยฟันผุอุดถอน

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** พัชรพร เสมอภาค; imaezpatcha@gmail.com



The effect of the oral health program offered by BanDan Hospital well child clinic to children aged 0 to 5

Patcharaporn Samoephak*

* Dental department, BanDan Hospital, Buriram Province

(Received: 22 May 2025; Revised: 25 July 2025; Accepted: 27 August 2025)

Abstract

This study was quasi-experimental research with the main objective to study the effects of the oral health program in children aged 0-5 years at the well-child clinic, Ban Dan Hospital. The specific objective was to compare the knowledge of oral health care of children of parents and oral hygiene practices between the experimental group and the comparison group. The sample group consisted of children aged 0-5 years and their parents at the well-child clinic, Ban Dan Hospital. The sample group was selected by purposive sampling accorded to the inclusion criteria and exclusion criteria into 2 groups, 30 people per group. The experimental group received a health care program based on the social cognitive learning theory and the self-efficacy theory. The study was conducted between March 1, 2024 and August 31, 2024. The tools used for data collection include a general information question for parents and children about oral health care knowledge, oral hygiene practices, an oral health survey form, and an oral health program. The consistency between the questions and the objectives was checked, with a consistency index of 0.66–1.00. The reliability of the questionnaire was checked using Cronbach's alpha coefficient, knowledge of oral health care values of 0.72, and oral hygiene practices values of 0.71. Statistical analysis was done by percentage, mean, standard deviation, chi-square test, and independent t-test with a significance level of 0.05.

The study results found that most parents is mothers, general laborers, farmers, and permanent employees, and have completed high school/vocational certificate education and children aged 0-5 years are mostly male and drink UHT milk. The average score of knowledge in oral health care of the experimental group was higher than that of the comparison group. Statistically significant difference ($p=0.000$). Compare the oral hygiene practices of the experimental group to the comparison group. Not statistically different ($p = 0.176$). The results of this research can be used as a guideline for operations and improvements to promote and prevent dental health care in children aged 0-5 years.

Keywords: oral health program, children aged 0 to 5, decayed missing and filled teeth (dmft)

***Corresponding author:** Patcharaporn Samoephak; imaeepatcha@gmail.com



บทนำ

สุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพโดยรวมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทุกช่วงวัยอย่างมีนัยสำคัญ ปัญหาโรคฟันผุโรคเหงือกในเด็ก อาจนำไปสู่ความเจ็บปวด ข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร และส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ในเด็กที่พบมากเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ โดยเฉพาะเด็กอายุ 0 – 5 ปี (นิตยา คำมอญ, 2561) ซึ่งเป็นช่วงเริ่มต้นของชีวิต พบว่า ปัญหาโรคฟันผุในเด็กมีความสัมพันธ์กับข้อจำกัดด้านเวลาของผู้ปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลการรับประทานอาหารและสุขอนามัยในช่องปาก การละเลยการดูแลในช่วงวัยนี้อาจส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปากลุกลามและเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพโดยรวมของเด็กในระยะยาว (American Academy of Pediatric Dentistry, 2021) โดยการเกิดฟันผุในเด็กนี้ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมกาการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่เด็กของผู้ปกครองมากที่สุด (พิไลวรรณ พิชัยรัตนวงศ์, 2566) การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนอกจากจะเป็นหน้าที่ของทันตบุคลากรแล้วผู้ปกครองก็มีส่วนร่วมด้วย เพราะผู้ปกครองจะเป็นผู้ที่ดูแลเด็กได้ใกล้ชิด หากได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมก็จะส่งผลให้สุขภาพช่องปากของเด็กดีไปด้วย (ภัทรพล มากมี และฉัตรนภา จบศรี, 2566)

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากครั้งที่ 9 ของประเทศไทย พบว่าความชุกของโรคฟันผุในเด็กปฐมวัยยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเด็กอายุ 3 ปี เพียงร้อยละ 53.0 ที่ปราศจากฟันผุ และในเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 27.9 ที่ปราศจากฟันผุ ความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมในกลุ่มอายุ 3 และ 5 ปี ร้อยละ 47.0 และร้อยละ 72.1 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กก่อนวัยเรียนทั้งสองกลุ่มอายุ ร้อยละ 40.6 มีคราบจุลินทรีย์ในระดับที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และมีฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 38.0 ในเด็กอายุ 3 ปี และร้อยละ 45.5 ในเด็กอายุ 5 ปี ค่าเฉลี่ยดัชนีฟันผุ ถอน อุด (dmft) ในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี เท่ากับ 2.5 ซี่/คน และ 4.6 ซี่/คน ตามลำดับ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้โรคฟันผุลุกลาม โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับปัญหานี้คือพฤติกรรมกาการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะการแปรงฟันและพฤติกรรมกาการบริโภคนม จากข้อมูลพบว่าผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี ปล่อยให้เด็กแปรงฟันเองถึงร้อยละ 31.1 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 71.2 ในเด็กอายุ 5 ปี ในขณะที่ผู้ปกครองยังคงแปรงฟันให้เพียงร้อยละ 19.4 นอกจากนี้ การใช้ขวดนมยังคงเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่พบได้ในเด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 38.0 และเด็กอายุ 5 ปี ร้อยละ 15.2 ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมทันตสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่ช่วงปฐมวัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการดูแลการแปรงฟันและการจำกัดการใช้ขวดนม เพื่อลดโอกาสการเกิดฟันผุในฟันน้ำนมและป้องกันการลุกลามไปยังฟันแท้ที่เริ่มขึ้นในเด็กอายุ 5 ปี (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2566)

ข้อมูลของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2566) พบว่าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีผู้ปราศจากฟันผุอยู่ที่ ร้อยละ 38.0 และ 29.2 ตามลำดับ โดยมีความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมร้อยละ 47.0 ในเด็กอายุ 3 ปี และร้อยละ 70.8 ในเด็กอายุ 5 ปี สำหรับจังหวัดบุรีรัมย์ ในปี 2566 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีอัตราการปราศจากฟันผุร้อยละ 52.7 และ 33.8 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2566) ทั้งนี้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ของอำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ในปีเดียวกันระบุว่า เด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก มีอัตราฟันผุในฟันน้ำนมอยู่ที่ร้อยละ 25.2 จากร้อยละ 56.1 ของเด็กที่ได้รับการตรวจทั้งหมด



กลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปีที่เข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ยังคงประสบปัญหาโรคฟันผุในฟันน้ำนม ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เช่น การเลือกรับประทานอาหารและขนม รวมถึงการขาดความรู้และทักษะที่ถูกต้องในการทำความสะอาดช่องปาก การละเลยการดูแลในวัยนี้อาจส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปากลุกลามและเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพโดยรวมในระยะยาว การศึกษานี้จึงมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) เพื่อเสริมสร้างความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ปกครอง อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพช่องปากของเด็กในคลินิกแห่งนี้มากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ที่เข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์

2) วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 2.1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรม
- 2.2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยผู้ปกครองที่เข้าร่วมโปรแกรม
- 2.3) เพื่อศึกษาความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 0-5 ปี ที่เข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานของการวิจัย

1. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองจะมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
2. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ปกครองจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ
3. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม เด็กจะมีสภาวะสุขภาพช่องปากดีขึ้น โดยมีอัตราการเกิดฟันผุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) และสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ดังนี้

**ตัวแปรต้น (Independent Variable)**

โปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลักการของ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) และ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) โดยมีกระบวนการ ดังนี้

1. สร้างความคุ้นเคยให้กับเด็กและผู้ปกครอง
2. แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก/พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ให้ทันตสุขภาพ นอกจากการสาธิตด้วยตนเองแล้วใช้สื่อวิดีโอโปสเตอร์ที่แสดงขั้นตอนการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้อง พร้อมสาธิตวิธีการแปรงฟันวิธีที่ถูกต้อง และทำซ้ำๆ พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลของแต่ละขั้นตอน พร้อมทั้งชมเชยและชี้ให้เห็นบริเวณที่ทำความสะอาดได้ทั่วถึง และพูดชักจูงกลุ่มตัวอย่างให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการแปรงฟันบริเวณที่ยังทำความสะอาดไม่ทั่วถึง
3. สอบถามปัญหาและความสำเร็จในการแปรงฟัน และปัญหาที่พบ สร้างข้อตกลงร่วมกัน เน้นย้ำให้ทันตสุขภาพซ้ำๆ ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก
4. ทบทวนข้อตกลงร่วมกัน ให้กำลังใจและคำชื่นชมเมื่อผู้ปกครองทำได้ดี โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของการพยายามอย่างต่อเนื่อง และตรวจสอบสุขภาพช่องปาก เคลือบฟลูออไรด์ มอบของรางวัล คือ แปรงสีฟัน

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

1. ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง
 - การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง
 - การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก ภายหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย**ระเบียบวิธีวิจัย**

รูปแบบการวิจัย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experiment) เป็นการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มตัวอย่าง (ทดลอง) และกลุ่มเปรียบเทียบ

ประชากร คือ เด็กอายุ 0-5 ปี และผู้ปกครองของเด็ก ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน ที่มารับบริการ ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2567 ถึง เดือนธันวาคม 2567 จำนวน 130 คน

เกณฑ์การคัดเข้าของเด็ก

1. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน
2. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

เกณฑ์การคัดเข้าของผู้ปกครองของเด็ก

1. ผู้ปกครองสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี ไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและมองเห็น
2. ผู้ปกครองมีความสามารถในการรับรู้ และเคลื่อนไหวได้
3. ผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกของเด็ก

1. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่านที่มีโรคประจำตัว
2. เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีภาวะปากแห้งเพดานโหว่หรือที่มีความผิดปกติของช่องปากตั้งแต่เกิด



เกณฑ์การคัดออกผู้ปกครองของเด็ก

1. ผู้ปกครองที่มีโรคประจำตัวร้ายแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้
2. ผู้ปกครองไม่มาตามนัดหมาย

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กอายุ 0-5 ปี และผู้ปกครองของเด็ก ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน ที่มารับบริการ ระหว่างเดือน มีนาคม 2567 ถึง เดือนสิงหาคม 2567 ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) แบ่ง 60 คนออกเป็น 2 กลุ่ม โดยตามวันนัดที่มารับบริการ และตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ได้มาจากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างอ้างอิงจาก สุกัญญา ฆารสินธ์ และคณะ (2564) วิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปร่งฟันในเด็กวัยก่อนเรียนพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนรวมเฉลี่ยในทักษะการแปร่งฟันสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีวิธีการคำนวณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจาก Application n4studies

$$n_1 = \frac{(z_1 \cdot \alpha + z_1 \cdot \beta)^2 [\sigma_1^2 + \sigma_2^2]}{2 \Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \quad \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

เครื่องมือการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็ก เพศ อายุ อาชีพหลัก ระดับการศึกษาสูงสุด คำถามเป็นแบบปลายเปิดและให้เลือกคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็ก จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การดื่มนม คำถามเป็นแบบปลายเปิดและให้เลือกคำตอบ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 12 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือถ้าตอบคำถามนั้นผิด (0) คะแนน แต่ถ้าตอบถูกจะได้ (1) คะแนน ซึ่งใช้เกณฑ์ของ (Bloom. Benjamin S, 1971) ในการแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้ระดับสูง (10-12 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน) ความรู้ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก และเชิงลบ ปฏิบัติทุกครั้ง (3) ปฏิบัติบางครั้ง (2) ไม่ปฏิบัติ (1) มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคิร์ท (Likert



Likert R., 1967) แบ่งตัวเลือก 3 ระดับ คือ พฤติกรรมระดับดี (36-45 คะแนน) พฤติกรรมระดับปานกลาง (คะแนน 27-35 คะแนน) พฤติกรรมระดับปรับปรุง (15-26 คะแนน)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย คือ แบบตรวจสอบภาวะฟันผุ และ โปรแกรมทันตสุขภาพ

1. แบบตรวจสอบภาวะฟันผุ จากแบบสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ 2566 (อายุ 3 และ 5 ปี) โดยเลือกมาเฉพาะแบบบันทึกและเกณฑ์การพิจารณาภาวะโรคฟันผุเท่านั้น ไม่ได้นำส่วนแบบสัมภาษณ์

2. โปรแกรมทันตสุขภาพ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) เป็นทฤษฎีของศาสตราจารย์แบนดูรา ซึ่งโปรแกรมนี้ประกอบไปด้วยแผนการสอน เช่น สื่อ โมเดลสอนแปรงฟัน, สื่ออธิบายการให้ทันตสุขภาพ, แปรงสีฟัน ยาสีฟันสำหรับการฝึกแปรงฟัน และฟลูออไรด์วานิช ทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังนี้

การนัดหมาย	กิจกรรม	เวลา
สัปดาห์ที่ 1	ทำความรู้จัก แนะนำตัว สร้างความคุ้นเคย กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของกิจกรรม และตรวจสุขภาพช่องปาก	30 นาที
สัปดาห์ที่ 2	แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปาก/พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ให้ทันตสุขภาพศึกษา เรื่องโรคฟันผุในฟันน้ำนม สาเหตุ อาการ การรักษา โภชนาการสำหรับเด็ก 0-5 ปี ผ่านสื่อการสอน Power point โมเดลสาธิตวิธีการแปรงฟันแล้วตรวจวิธีการแปรงฟันและคราบจุลินทรีย์ นอกจากการสาธิตด้วยตนเองแล้วใช้สื่อวิดีโอ โปสเตอร์ที่แสดงขั้นตอนการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้องพร้อมทั้งชมและชี้ให้เห็นบริเวณที่ทำความสะอาดได้ทั่วถึงและพูดชักจูงกลุ่มตัวอย่างให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการแปรงฟันบริเวณที่ยังทำความสะอาดไม่ทั่วถึง	30 นาที
สัปดาห์ที่ 3	-ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและความสำเร็จในการแปรงฟัน และปัญหาที่พบ สร้างข้อตกลงร่วมกันโดยให้คะแนน 1-10 เป็นคะแนนความมั่นใจที่จะแก้ไขปัญหานี้ เน้นย้ำให้ทันตสุขภาพศึกษา ตรวจสุขภาพช่องปาก	30 นาที
สัปดาห์ที่ 4	ผู้วิจัยทบทวนข้อตกลงร่วมกัน โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมด้านที่กลุ่มทดลองปฏิบัติไม่เหมาะสม และเน้นย้ำการดูแลสุขภาพช่องปาก ให้กำลังใจและคำชื่นชมเมื่อผู้ปกครองทำได้ดี โดยเน้นย้ำถึงความสำคัญของความพยายามอย่างต่อเนื่อง ตรวจสุขภาพช่องปาก เคลือบฟลูออไรด์ และมอบของรางวัล คือ แปรงสีฟัน หลังจากนั้นให้ผู้ปกครองของกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ทำแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครองและเด็ก แบบวัดความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก และแบบตรวจสอบภาวะ-ฟันผุ สิ้นสุดกระบวนการ	30 นาที



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทันต-แพทย์ด้านทันตกรรม 2 ท่าน และ ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา มีอัตราส่วนความตรงของเนื้อหา (Content Validity ratio: CVR) เท่ากับ 0.91 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรม ไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ที่คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดบุรีรัมย์ จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก เท่ากับ 0.72 และพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. หลังจากผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยสำรวจจำนวนกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน

2. รับสมัครกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน โดยมีคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ซึ่งเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาเทคนิคและขั้นตอนการดำเนินการทดลอง จัดทำแบบบันทึกการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง ค่าเฉลี่ยฟันผุอุดถอน พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

3. ให้ผู้ปกครองของกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ของกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน ทำแบบวัดความรู้ แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลทำความสะอาดช่องปาก และตรวจฟันเด็กอายุ 0-5 ปี เคลือบฟลูออไรด์

ขั้นทดลอง

กลุ่มทดลอง ดำเนินการให้สุขศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง และนัดจำนวน 4 ครั้ง ตามโปรแกรมทันตสุขภาพ

ขั้นหลังทดลอง

ให้ผู้ปกครองของกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน ทำแบบวัดความรู้และพฤติกรรมในการดูแลทำความสะอาดช่องปาก และตรวจสุขภาพช่องปาก เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง



การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่

- Chi -square test เปรียบเทียบค่าสัดส่วนของข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง และข้อมูลทั่วไปของเด็ก 0-5 ปี

- Independent t-test ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง

พฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปาก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่มีการกระจายข้อมูลปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-072 รหัสโครงการ 85/2024 เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็ก เป็นมารดา ร้อยละ 73.3 และ 53.3 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 และ 83.3 , ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป เกษตรกรรมและพนักงานประจำ ร้อยละ 26.7, 23.3 และ 23.3 ตามลำดับ, มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.3 และ 36.7 ดังตารางที่ 1

เด็ก 0-5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.0 และ 63.3, ดิมนนมแม่ ร้อยละ 23.3, ดิมนนมขวด/นมผง ร้อยละ 46.7 และ 36.7 และดิมนนมจากนมกล่อง/นมยูเอชที ร้อยละ 63.3 และ 66.7 แสดงให้เห็นว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองไม่มีความสัมพันธ์กัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง					
ความสัมพันธ์กับเด็ก					0.17
มารดา	22	73.3	16	53.3	
บิดา	1	3.3	3	10.0	
ตา,ปู่	0	0	3	10.0	
ยาย,ย่า	7	23.3	8	26.7	
เพศ					0.19
ชาย	1	3.3	5	16.7	
หญิง	29	96.7	25	83.3	



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเปรียบเทียบ		กลุ่มทดลอง		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					0.54
เกษตรกร	7	23.3	7	23.3	
ค้าขาย	2	6.7	4	13.3	
รับข้าราชการ	1	3.3	2	6.7	
พนักงานประจำ	3	10.0	7	23.3	
รับจ้างทั่วไป	8	26.7	4	13.3	
ว่างงาน	6	20.0	5	16.7	
อื่นๆ	3	10.0	1	3.3	
ระดับการศึกษาสูงสุด					0.62
ไม่ได้เรียนหนังสือ/ไม่จบ ประถมศึกษา	1	3.3	0	0.0	
ประถมศึกษา	9	30.0	9	30.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	13.3	1	3.3	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	33.3	11	36.7	
อนุปริญญา/ปวส.	1	3.3	2	6.7	
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	5	16.7	7	23.3	
ข้อมูลทั่วไปของเด็ก 0-5 ปี					
เพศ					0.43
ชาย	15	50.0	19	63.3	
หญิง	15	50.0	11	36.7	
การดื่มนม					1.00
นมแม่	7	23.3	7	23.3	
นมขวด/นมผง	14	46.7	11	36.7	
นมกล่อง/นมยูเอชที	19	63.3	20	66.7	

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกันโดยมีอายุของผู้ปกครองเฉลี่ย 35.46 และ 40.93 ปี อายุของเด็กเฉลี่ย 2.27 และ 2.32 ปี และมีจำนวนฟันในช่องปากเฉลี่ย 13.26 และ 14.00 ซึ่งตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง จำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)	กลุ่มทดลอง (n=30)
	$\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} \pm S.D.$
อายุผู้ปกครอง (ปี)	35.46±11.18	40.93±13.32
อายุเด็ก (ปี)	2.27±1.30	2.32±1.06
จำนวนฟันในช่องปาก (ซี่)	13.26±7.55	14±6.98

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

กลุ่มเปรียบเทียบ มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่ถูกต้องมากที่สุด มีจำนวน 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่องเมื่อฟันยังไม่ขึ้น ใช้ผ้าก๊อช หรือผ้าสะอาดชุบน้ำ เช็ดทำความสะอาดเหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม , เรื่องลักษณะแปรงสีฟันที่ดี คือแปรงสีฟันแข็งๆ และเรื่องการติดขวดนม มีโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดโรคฟันผุได้ ร้อยละ 96.7 และตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ เรื่องโรคฟันผุเกิดจากเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก *Streptococcus mutans* ร้อยละ 63.3

กลุ่มทดลอง มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก ที่ถูกต้องมากที่สุด มีจำนวน 7 เรื่อง ได้แก่ เรื่องฟันของคนเรามี 2 ชุด คือ ฟันแท้ และฟันน้ำนม, เรื่องฟันน้ำนมมีทั้งหมด 20 ซี่ และฟันแท้มีทั้งหมด 32 ซี่, เรื่องเมื่อฟันยังไม่ขึ้น ใช้ผ้าก๊อช หรือผ้าสะอาดชุบน้ำ เช็ดทำความสะอาดเหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม, เรื่องเมื่อฟันน้ำนมขึ้นแล้ว ผู้ปกครองสามารถแปรงฟันให้ตั้งแต่ซี่แรก, เรื่องลักษณะแปรงสีฟันที่ดี คือแปรงสีฟันแข็งๆ, เรื่องโรคฟันผุในฟันน้ำนม เมื่อรู้สึกถึงโพรงประสาทฟัน สามารถทำให้ติดเชื้อ บวม มีหนองได้ และเรื่องการติดขวดนม มีโอกาสเสี่ยงทำให้เกิดโรคฟันผุได้ ร้อยละ 100.0 และตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ เรื่องเมื่อพบฟันผุเป็นรูรักษาโดยการแปรงฟันให้สะอาดได้ ร้อยละ 86.7

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง เรื่องความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 80.0 และ 100.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูกเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก

ระดับความรู้	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (0-6 คะแนน)	1	3.3	0	0
ปานกลาง (7-9 คะแนน)	5	16.7	0	0
สูง (10-12 คะแนน)	24	80.0	30	100.0

$\bar{X}=10.3$, S.D. = 1.60, Min = 5, Max = 12

$\bar{X}=11.6$, S.D. = 0.62, Min = 10, Max = 12



ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปาก

กลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปาก ที่ดี 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องผู้ปกครองเติมน้ำตาล/น้ำผึ้งลงในอาหารและนม ร้อยละ 96.7 รองลงมา คือ เรื่องเด็กดูดจุกนมเทียม/ดูดนิ้วมือ ร้อยละ 90.0 และพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง ร้อยละ 6.7 รองลงมา คือ เรื่องดื่มนมจากขวดนมก่อนนอน ร้อยละ 36.7

กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากที่ดี 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องผู้ปกครองเติมน้ำตาล/น้ำผึ้งลงในอาหารและนม ร้อยละ 93.3 รองลงมา คือ เรื่องเด็กดื่มนมจืดมากกว่านมหวาน ร้อยละ 90.0 และพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง 2 อันดับแรก ได้แก่ เรื่องปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง ร้อยละ 6.7 รองลงมา คือ เรื่องดื่มนมจากขวดนมก่อนนอน ร้อยละ 36.7

เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรม กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง เรื่องพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปากระดับดี ร้อยละ 73.3 และ 80.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามคะแนนความรู้ที่ตอบถูกเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปาก

ระดับพฤติกรรม	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปรับปรุง (15-26 คะแนน)	0	0	1	3.3
ปานกลาง (27-35 คะแนน)	8	22.7	5	16.7
ดี (36-45 คะแนน)	22	73.3	24	80.0
$\bar{X}$ =36.9, S.D. = 2.91, Min = 30, Max = 42			$\bar{X}$ =38.3, S.D. = 4.63, Min = 23, Max = 45	

ส่วนที่ 4 สภาวะฟันผุ

กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยฟันผุอุดถอน 1.6 ซี่/คน และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยฟันผุอุดถอน 0.2 ซี่/คน ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามค่าเฉลี่ยฟันผุอุดถอน

dmft	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ(ซี่/คน)	จำนวน	ร้อยละ(ซี่/คน)
	30	1.6	30	0.2
$\bar{X}$ =1.6, S.D. = 2.99, Min = 0, Max = 11			$\bar{X}$ =0.2, S.D. = 0.86, Min = 0, Max = 4	



ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากของกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 10.3 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 11.6 กลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 36.9 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 38.3 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

เปรียบเทียบ	คะแนนเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	t	P
ความรู้			
กลุ่มเปรียบเทียบ	10.36 (1.60)	-3.91	0.00*
กลุ่มทดลอง	11.60 (0.62)		
พฤติกรรม			
กลุ่มเปรียบเทียบ	36.90 (2.91)	-1.39	0.16
กลุ่มทดลอง	38.30 (4.63)		

*p-value < .05

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพในเด็ก 0-5 ปี ในคลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลบ้านด่าน มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ ธนาวุฒิ ขอสุข (2565) การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยแรงสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบที่ดีต่อการป้องกันโรคฟันผุของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายอายุระหว่าง 10 – 12 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคนน้อย ตำบลแคนน้อย อำเภอดำเนินแก้ว จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างได้มา โดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired test และสถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฟันผุ การรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคฟันผุและสูงกว่าก่อนการทดลองกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)



พฤติกรรมกรรมการทำความสะอาดช่องปาก กลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพสูงกว่ากลุ่มไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลทันตสุขภาพ แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ค้นพบว่าช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรม (Knowledge-Practice Gap) ชี้ให้เห็นว่า ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ไม่ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความรู้ที่นำเสนอไป ผู้วิจัยค้นพบข้อสันนิษฐานที่ 1 โปรแกรมมีความเข้มข้น (Dosage) ไม่เพียงพอ ความเป็นไปได้สูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป้าหมายหลักคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและต้องใช้เวลาฝึกฝน โปรแกรมที่มีความเข้มข้นต่ำ (4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ใน 6 เดือน รวม 2 ชั่วโมง ตลอด 6 เดือน) มักจะสามารถส่งผลต่อการเพิ่มความรู้ได้ แต่ไม่เพียงพอที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในพฤติกรรมได้ ข้อสันนิษฐานที่ 2 โปรแกรมเน้นการให้ "ความรู้" แต่ล้มเหลวในการสร้าง "การรับรู้ความสามารถตนเอง" (Self-Efficacy) โปรแกรมที่มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้ มักจะล้มเหลวในการสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความท้าทายหรือความเครียด ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura การรับรู้ความสามารถตนเองถูกสร้างขึ้นจากแหล่งข้อมูลหลัก 4 แหล่ง โปรแกรมที่เน้นเพียงการบรรยายความรู้ (Knowledge-based) จะให้แหล่งข้อมูลที่อ่อนแอและละเลยแหล่งข้อมูลที่ทรงพลังที่สุด ข้อสันนิษฐานที่ 3 (Measurement) ระยะเวลา 6 เดือน อาจสั้นเกินไปที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่ฝังรากลึกอย่างการเลี้ยวบุตรหรือการดูแลในครอบครัว เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาหลายขั้นตอน ซึ่ง 6 เดือนอาจจะเพียงพอสำหรับการ เริ่มต้นแต่ไม่พอสำหรับการสร้างความยั่งยืน ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษากับกิตติศักดิ์ วาทยโธ และศิริโชค วนรัตน์วิจิตร (2562) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการตรวจฟันอย่างง่ายสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการแปรงฟันสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยปริมาณคราบจุลินทรีย์ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษากับไศภิตา บุญมี (2565) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมทันตสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียน โดยเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า (1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการได้รับการจัดกิจกรรมทันตสุขภาพ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (2) ภายหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนในกลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน



การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ทันตบุคลากรควรมีการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคฟันผุในเด็ก 0-5 ปี ระยะยาวอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ปกครองของเด็กปรับความรู้ พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก เพื่อลดการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก 0-5 ปี มีพฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปากให้กับเด็ก ที่ควรปรับปรุงในเรื่องของปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง และการดื่มนมจากขวดนมก่อนนอน ทันตบุคลากร ในการให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ควรพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการฝึกทักษะปฏิบัติ (Skill-based) มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว และสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) และลงเยี่ยมบ้าน เพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ จากการปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง โดยไม่มีผู้ปกครองแปรงให้ และการดื่มจากขวดนมก่อนนอน ทุกครั้งที่ให้บริการเน้นย้ำการให้ทันตสุขภาพศึกษา
2. การศึกษาการเปรียบเทียบการแปรงฟันของผู้ปกครองให้กับเด็ก 0-5 ปี ก่อนและหลังการทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านด่าน ทันตบุคลากรโรงพยาบาลบ้านด่านจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ความร่วมมือแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ ที่ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษา ตลอดจนขอขอบคุณเด็ก 0-5 ปี และผู้ปกครองที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กิตติศักดิ์ วาทยโธ และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนอายุ 12 ปี เขตพื้นที่อำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร. *เชียงใหม่ทันตแพทย์วารสาร*, 40(1), 81-96.
- ธนาวุฒิ ขอสุข, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์และสุเมธนา กลางคาร (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพโดยแรงสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบที่ดีต่อการป้องกันโรคฟันผุของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 11(1), 53-62
- นิตยา คำมอญ. (2561). การให้ความหมายฟันน้ำนมและการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก 1-3 ปี:ทัศนะของครอบครัวที่หลากหลายวิถีชีวิตในตำบลดอนเปา อำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิไลวรรณ พิชัยรัตนวงศ์. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลสุขภาพฟันของเด็กวัยก่อนเรียน [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ภัทรพล มากมี และฉัตรนภา จบศรี. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง อำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.



- ภัทรารณณ์ หัสดีเสวี, จารินี ภาษิตตานนท์, กาญจนา ขำจันทร์ และศิวพร บุปผาหอม (2566). โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-2 ปี: Oral Health Promotion Program in 0-2 years Old Children สืบค้นจาก <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/swudentj/article/view/15446/12525>
- ไศริดา บุญมี. (2565). การจัดกิจกรรมทันตสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(6), 1019-1028.
- สุกัญญา ฆารสินธุ์, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ และสายฝน จันทร์หอม.(2564) ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมทักษะการแปรงฟันในเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 105-718
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2023). Health Data Center Buriram.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2566). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย พ.ศ. 2566 (1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2021). *Policy on Early Childhood Caries (ECC): Consequences and Preventive Strategies*. Retrieved from: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines
- Bloom, Benjamin S (1971). Hand book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill.
- Likert R. (1967). The human organization: Its management and values. New York: McGraw-Hill, Inc.



การเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการสัการะกับการนวดแบบราชสำนักต่อระดับความเจ็บปวด กล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบน

รุ่งระวี รัชต์แดง^{1*}

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย

(วันที่รับบทความ: 1 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 28 ตุลาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 6 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลัง การทดลอง (Two group, pretest - posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลระหว่างการสัการะกับการ นวดไทยแบบราชสำนักต่อระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบน โดยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 74 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 37 คน โดยมี เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อคลายตัวชนิดเรื้อรัง 4 และ 5 หลัง มีอายุ 20-65 ปี โดยกลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยการสัการะ กลุ่มควบคุมได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยแบบราชสำนักเครื่องมือที่ใช้ เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินระดับความเจ็บปวด และแบบประเมินความพึงพอใจ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2568 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบผลของการสัการะและการนวดไทยแบบราชสำนักโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test และ Wilcoxon Signed-Rank Test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า หลังทำการรักษาด้วยการสัการะมีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนทำการรักษา และมี คะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มนวดไทยแบบราชสำนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ มีความพึงพอใจต่อการสัการะในภาพรวมระดับมากที่สุด ดังนั้นการสัการะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดระดับความ เจ็บปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน และสามารถใช้เป็นทางเลือกที่เหมาะสมร่วมกับการนวดแบบราชสำนักในระบบบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิต่อไป

คำสำคัญ: การสัการะ, การนวดแบบราชสำนัก, โรคกล้ามเนื้อคลายตัวชนิดเรื้อรัง 4 หลัง, โรคกล้ามเนื้อคลายตัวชนิดเรื้อรัง 5 หลัง

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** รุ่งระวี รัชต์แดง; Prorungrawi@gmail.com



A Comparison of the Effectiveness Between Medical Tattooing and Traditional Thai Royal Massage on Muscle Pain Levels in Patients with Upper Back Pain

Rungrawi Rakdaeng^{1*}

¹ Bansuan Health Promoting Hospital, Mueang Sukhothai District, Sukhothai Province, Thailand

(Received: 1 v 2025; Revised: 28 October 2025; Accepted: 6 November 2025)

Abstract

This quasi-experimental research employed a two-group, pretest-posttest design to compare the effectiveness of k and traditional Thai Royal massage on muscle pain levels in patients with upper back pain. A purposive sampling method was used to recruit 74 participants, who were divided equally into an experimental (n=37) and a control group (n=37). Inclusion criteria included individuals diagnosed with Lom Plai Patakat Syndrome, types 4 and 5, and aged between 20 and 65 years old. The experimental group received medical tattoo treatment, while the control group received traditional Thai Royal massage therapy. Data were collected from February 2025 to May 2025 using general information questionnaires, pain level assessment forms, and satisfaction evaluation forms. Data analysis was performed using frequency distributions, percentages, means, and standard deviations. A comparison of the effects of the medical tattooing and traditional and Thai Royal massage was conducted using Mann–Whitney U tests and the Wilcoxon Signed-Rank tests to analyze differences between, and within groups, respectively. The results were considered statistically significant at the .05 level ($p < .05$).

The results showed that pain scores after medical tattooing were significantly lower than before treatment and significantly lower than those in the traditional Thai Royal massage group ($p < .05$). additionally, participants reported a high level of overall satisfaction with the service. Medical tattooing is an effective method for reducing upper back muscle pain and can be considered a suitable alternative or complementary therapy to traditional Thai royal massage within the primary healthcare system.

Keywords: medical tattoo, traditional Thai royal massage, lom plai patakat syndrome type 4, lom plai patakat type 5

***Corresponding author:** Rungrawi Rakdaeng; Prorungrawi@gmail.com



บทนำ

กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อพังผืด (Myofascial Pain Syndrome: MPS) เป็นภาวะเจ็บปวดจากการใช้งานกล้ามเนื้อซ้ำ ๆ ต่อเนื่อง ร่วมกับปัจจัยทางสภาพแวดล้อมหรืออุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น เก้าอี้หรือโต๊ะทำงานที่ไม่พอดี ส่งผลให้กล้ามเนื้อตึงตัวและเกิดอาการปวดเรื้อรัง โดยเฉพาะบริเวณคอ บ่า ไหล่ และหลังส่วนบน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2562; เดือนเพ็ญ ใจเต้, 2562; สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย, 2563; สมโรจน์ จิรวิภากร, 2565) ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดร้าวหรือชาจนเคลื่อนไหวศีรษะลำบาก ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานและคุณภาพชีวิต (ณารินทร์ ภัสราธร, 2562) พฤติกรรมการทำงานที่เร่งรีบในสังคมเมือง เช่น การนั่งทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์หรือใช้โทรศัพท์มือถือเป็นเวลานาน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดภาวะนี้ โดยจากข้อมูลปี 2566 พบว่าประชาชนไทยกว่า 88% ใช้อินเทอร์เน็ต และกว่า 95% ใช้โทรศัพท์มือถือ (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2567) นอกจากนี้ เพศ อายุ และประสบการณ์การทำงาน ยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในกลุ่มงานสำนักงานและงานบริการ (อัจฉรา โพชะโน และคณะ, 2566)

ในการแพทย์แผนไทย อาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนสอดคล้องกับโรค "ลมปลายปัตคต" สัญญาณที่ 4 และ 5 หลัง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต บริเวณบ่าและต้นคอ โดยมีสาเหตุจากความเครียด พักผ่อนไม่เพียงพอ และอิริยาบถที่ไม่เหมาะสม (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวศ, 2548) การรักษาตามศาสตร์นี้เน้นหัตถเวชกรรม เช่น การนวด การประคบสมุนไพร และการสีกยา (พระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย, 2556; ราชกิจจานุเบกษา, 2562) การสีกยาเป็นวิธีการแพทย์พื้นบ้านที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย (ราชกิจจานุเบกษา, 2562) โดยใช้เข็มหรือวัสดุแหลมคมจุ่มน้ำมันสมุนไพรแล้วทิ่มลงบนจุดที่มีอาการ เพื่อให้น้ำมันซึมเข้าสู่กล้ามเนื้อ เชื่อว่าช่วยบรรเทาอาการปวด ปรับสมดุลเลือด และถอนพิษ (ราชกิจจานุเบกษา, 2563) งานวิจัยในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างพบว่า การสีกยาช่วยลดระดับความปวดและเพิ่มการเคลื่อนไหวได้อย่างมีนัยสำคัญ (พโนมล ชมโณม, 2566; พิษญา นาไชย และธัญญะ พรหมศร, 2567) รวมถึงมีประสิทธิผลดีกว่าการประคบสมุนไพรในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม (พรพรรณ คำมา และคณะ, 2565)

จากข้อมูลบริการทางการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ระหว่างปี 2565–2567 พบว่ามีแนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 41.36, 55.62, 78.33 ตามลำดับและผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมปลายปัตคตสัญญาณ 4 และ 5 หลัง (Health Data Center HDC, 2567) เนื่องจากประชาชนในพื้นที่มีลักษณะงานที่ใช้แรงกายและเวลานาน ส่งผลให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อที่รบกวนชีวิตประจำวัน หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม อาการอาจเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม การรักษาด้วยการนวดแบบราชสำนักซึ่งใช้กันโดยทั่วไปในคลินิกแพทย์แผนไทย แม้จะมีประสิทธิผลแต่ต้องใช้เวลาาน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรักษาได้ต่อเนื่อง ขณะที่การสีกยาเป็นทางเลือกที่ใช้เวลาน้อยกว่าและมีงานวิจัยสนับสนุนถึงประสิทธิผลสูง แต่ยังขาดการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการสีกยากับการนวดแบบราชสำนักต่อระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบนที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ



ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย เพื่อขยายขอบเขตองค์ความรู้และพัฒนาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงเป็นการส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้แพร่หลายยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลระหว่างการสัีกยากับการนวดแบบราชสำนักต่อระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบน ในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบน และระดับความตึงของกล้ามเนื้อต้นคอเมื่อก้มให้คางชิดอก แหงนหน้ามองเพดาน เอียงคอไปข้างซ้ายให้หูชิดไหล่ และเอียงคอไปข้างขวาให้หูชิดไหล่ ทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสัีกยาและการนวดไทยแบบราชสำนัก
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจระหว่างการสัีกยากับการนวดไทยแบบราชสำนักต่อการมารับบริการทางการแพทย์แผนไทยภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานของการวิจัย

1. การสัีกยาและการนวดแบบราชสำนักให้ผลลดระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบนในระดับที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

- การสัีกยา
- การนวดไทยแบบราชสำนัก

ตัวแปรตาม

- ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน
- ระดับความตึงต้นคอเมื่อก้มเพื่อให้คางชิดอก
- ระดับความตึงต้นคอเมื่อหงนหน้ามองเพดาน
- ระดับความตึงต้นคอเมื่อเอียงคอไปข้างซ้ายให้หูชิดไหล่
- ระดับความตึงต้นคอเมื่อเอียงคอไปข้างขวาให้หูชิดไหล่
- ความพึงพอใจ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็น การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) ชนิดศึกษาสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group, pretest-posttest design) โดยแบ่งกลุ่มการศึกษา ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนไทยด้วยอาการปวดหลังส่วนบนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการรักษาด้วยการสัทยา จำนวน 37 คน

กลุ่มควบคุมที่ศึกษา คือ ผู้ที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนไทยที่ด้วยอาการปวดหลังส่วนบนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้รับการรักษาด้วยการนวดไทยสายราชสำนัก จำนวน 37 คน

ประชากร ผู้ที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์แผนไทยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน ทั้งเพศชายและเพศหญิงทุกคน ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนและไม่ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2568-พฤษภาคม 2568 จำนวน 4 เดือน จำนวน 74 คน โดยทำ Matched pair โดยกำหนดเกณฑ์การจับคู่และมีการสุ่มในแต่ละคู่ เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงก่อนทำการทดลอง

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

1) เป็นผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยตามหลักแพทย์แผนไทยที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมปลายปัตตาคาตสัญญาณ 4 หลัง หรือ โรคลมปลายปัตตาคาตสัญญาณ 5 หลัง โดยมีการวินิจฉัยทางด้านการแพทย์แผนไทย (มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ โรงเรียนอายุรเวท, 2548)

2) มีอายุ 20-65 ปี

3) ไม่มีข้อห้ามของการสัทยาและการนวด โดยไม่เป็นโรค/อาการ หรืออยู่ในภาวะ ดังต่อไปนี้

3.1 มีไข้เกิน 38.5 องศาเซลเซียส

3.2 ภาวะเลือดไหลไม่หยุด

3.3 โรคผิวหนังที่มีการติดต่อ

3.4 โรคติดต่อ เช่น วัณโรค

3.5 เป็นโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ที่ยังควบคุมอาการให้อยู่ในระยะปกติไม่ได้

3.6 มีบาดแผลเปิดเรื้อรัง

3.7 โรคเมะเร็ง

3.8 สภาวะที่มีอาการอักเสบทั้งระบบของร่างกาย

4) โรคประจำตัวที่มีอาการกำเริบของโรคที่รุนแรง

5) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1) ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยเพื่อประเมินความปวดภายหลังการได้รับการรักษาได้

2) หยุดทำการรักษาเมื่อรับบาดเจ็บหรืออันตรายระหว่างการรักษา



3) มีอาการแพ้ น้ำมัน

4) ขอยุติการรับการรักษาโดยอาจไม่บอกเหตุผล

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยในการวิจัยเชิงทดลอง ชนิดกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2561) โดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power version 3.1.9.4 การทดสอบ T test Statistic test เลือก Mean difference between two independent mean (two group) การทดสอบ Tail(s) = two ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.7 (พรพรรณ คำมา, 2565) ค่าความน่าจะเป็นของความคลาดเคลื่อน (α err prob) เท่ากับ 0.05 ค่าอำนาจในการทดสอบ (Power ($1-\beta$ err prob) เท่ากับ 0.8 ค่าอัตราส่วนการจัดสรรขนาดตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม (Allocation ratio N_2/N_1) เท่ากับ 1 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 68 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงคิดเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ 74 คน โดย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 37 คน และกลุ่มควบคุม 37 คน โดยใช้วิธีคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา อาชีพ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นการเลือกและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการปวด ได้แก่ ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน ระดับความตึงตันคอเมื่อก้มเพื่อให้คางชิดอก ระดับความตึงตันคอเมื่อแหงนหน้ามองเพดาน ระดับความตึงตันคอเมื่อเอียงคอไปข้างซ้ายให้หูชิดไหล่ และ ระดับความตึงตันคอเมื่อเอียงคอไปข้างขวาให้หูชิดไหล่ก่อนและหลังทำการทดลอง โดยประเมินวัดความเจ็บปวดตามความรู้สึกของผู้รับการรักษา โดยการให้ตัวเลข 0 ถึง 10 ตัวเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด ตัวเลข 10 คือปวดที่สุด ผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายระดับความปวดบนมาตรวัด จากมาตรวัดความเจ็บปวดด้วยตัวเลข (Numerical rating scale, NRS) (Cavalieri, 2002; Williamson et.al, 2005) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ โดยคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือกคือ พึงพอใจน้อยที่สุด พึงพอใจน้อย พึงพอใจปานกลาง และพึงพอใจมากที่สุด การแปลผลค่าคะแนนของ เบสท์ (Best,1977) ใช้คะแนนเฉลี่ยเต็ม 5 คะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) ค่าคะแนน 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับพึงพอใจน้อยที่สุด 2) คะแนนระหว่าง 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับความพึงพอใจน้อย 3) คะแนนระหว่าง 2.61 -3.40 หมายถึง ระดับความพึงพอใจปานกลาง 4) คะแนนระหว่าง 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับพึงพอใจมาก และ คะแนนระหว่าง 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับความพึงพอใจมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน (Index of item - Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1



และ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) ที่ตำบลปากแคว อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ความเที่ยงของแบบสอบถาม ข้อมูลด้านความพึงพอใจ = 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และฝึกมาตรฐานการปฏิบัติแก่แพทย์แผนไทย ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน โดยครอบคลุมการคัดเลือกอาสาสมัคร ขั้นตอนการให้การรักษ และการใช้แบบประเมินความเจ็บปวด ทั้งนี้ ผู้ประเมินผลได้รับการปกปิดข้อมูลการจัดกลุ่ม (blind) และใช้แบบประเมินมาตรฐานเดียวกันทุกครั้ง เพื่อลดความเสี่ยงของความลำเอียงในการประเมินผล (detection bias)

2. อธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการ พร้อมให้หนังสือข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัยแก่อาสาสมัคร หากอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมให้ลงนามในหนังสือหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย บันทึกข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัครและประเมินระดับความเจ็บปวดก่อนทำการรักษา พร้อมให้อาสาสมัครเป็นผู้เลือกรับการรักษาระหว่างสัปดาห์และนัดแบบรายสัปดาห์ ทำการรักษาโดยแพทย์แผนไทยที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ โดยมีการดำเนินการดังนี้

3.1 กลุ่มทดลอง (สัปดาห์) มีขั้นตอนวิธีการสัปดาห์ ดังนี้ (พินอมล ชมโหม, 2566) โดยใช้เวลาในการสัปดาห์ 20 นาที ดังนี้

1) เช็ดทำความสะอาดบริเวณที่จะสัปดาห์ด้วยแผ่นแอลกอฮอล์สำหรับฆ่าเชื้อ 2) เทน้ำมันในถ้วยสแตนเลส 1 มิลลิลิตร 3) นำเข็มสัปดาห์ประกอบกับด้ามสัปดาห์ 4) เอียงเข็มสัปดาห์ประมาณ 15 องศาเพื่อให้ดุน้ำมันเข้าเข็ม 5) เอียงเข็มสัปดาห์ประมาณ 45 องศา สักลงแนวกล้ามเนื้อหลังส่วนบน โดยเว้นระยะห่างแต่ละจุดประมาณ 2-3 เซนติเมตร โดยมีสูตรน้ำมันยาที่ใช้ในการสัปดาห์ เป็นสูตรน้ำมันยาจากภูมิปัญญาของ หมอช่อม ชุมเพชร 6) น้ำมันยามีส่วนประกอบ ดังนี้ น้ำมันมะพร้าว 5 ลิตร ไพล 1 กิโลกรัม ขมิ้นชัน ½ กิโลกรัม ผิวมะกรูด 1 ชีด กระเทียม 1 ชีด เถาคันแดง 1 ชีด ใบว่านน้ำ 1 ชีด ใบพุทธรักษา(ดอกแดง) 1 ชีด น้ำคั้นใบตำลึง 250 มิลลิลิตร น้ำส้มสายชู 250 มิลลิลิตร ดิงเท่า (ขนาดเท่าหัวแม่มือ) 1 ชิ้น และ 7) เข็มสัปดาห์และอุปกรณ์ 1) ทำการขัดสิ่งปนเปื้อน 2) ล้างให้สะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และตามด้วยน้ำสะอาด 3) ทำให้อุปกรณ์แห้งโดยการเช็ดด้วยผ้าสะอาด 4) บรรจุอุปกรณ์ในถุงซีล (ผนึก) และ 5) นำเข้าหม้อนึ่งความดัน (autoclave) ที่อุณหภูมิ 121 องศาเซลเซียส ความดัน 15 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว เป็นเวลา 30 นาที โดยผู้วิจัยได้เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเช่น 1) อาการเบา เช่น ผื่นแดง คัน หรือบวมเฉพาะบริเวณ ผู้วิจัยจะล้างบริเวณนั้นด้วยน้ำสะอาดหรือใช้ผ้าชุบน้ำเย็นประคบเพื่อลดอาการ และเมื่อกลุ่มทดลองมีอาการรุนแรง เช่น หายใจลำบาก หน้ามืด ช็อก หรือเกิดผื่นลามทั่วร่างกาย ผู้วิจัยจะส่งต่อเพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนให้ดูแลอย่างใกล้ชิด



3.2 กลุ่มควบคุม (นวดแบบราชสำนัก) โดยใช้เวลานานวด 45-60 นาที มีขั้นตอนวิธีการนวดแบบราชสำนัก ดังนี้

1) นวดพื้นฐานบ่าข้างที่มีอาการปวด 2) นวดสัญญาณ 4,5 หลัง เน้นสัญญาณ 4 (กรณีที่เป็นลมปลายปัดคาศัญญาณ 4) และเน้นสัญญาณ 5 (กรณีที่เป็นลมปลายปัดคาศัญญาณ 5) 3) นวดสัญญาณ 4 หัวไหล่ และ 4) ประคบสมุนไพร กรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการนวด เช่น อาการช้ำหรือบวม ก็จะหยุดการนวดทันทีหรือถ้ามีอาการหายใจไม่อึด ปวดรุนแรงผู้วิจัยจะส่งต่อเพื่อให้พยาบาลได้ดูแลต่อไป

5. หลังทำการรักษาอาสาสมัครโดยการสัปดาห์และนวดราชสำนักบริเวณหลังส่วนบน เป็นระยะเวลา 1 วันจึงประเมินระดับความเจ็บปวดหลังทำการรักษาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและทำการบันทึกข้อมูล (การประเมินระดับความเจ็บปวดหลังการรักษาเพียง 1 ครั้งภายใน 1 วัน อาจสะท้อนเฉพาะผลเฉียบพลันของการรักษา ไม่สามารถบ่งชี้ถึงผลในระยะยาวหรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอาการได้อย่างชัดเจน อีกทั้งอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกได้)

6. เมื่อผู้วิจัยได้รับข้อมูลครบเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการศึกษาในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ การศึกษา และ ระดับความปวดหลัง โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความปวด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยสถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมของมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย รหัส COA No. 96/2024 (เลขที่ IRB No. 15/2025) การรับรองวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2568 วันสิ้นการรับรองวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2569

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ทำการทดสอบ Matched pair ก่อนทำการทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square test พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม (ทดลองและควบคุม) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านเพศ อายุ และคะแนนความเจ็บปวดก่อนทดลอง ($p = 0.72$ $p = 0.91$ $p = 0.25$ ตามลำดับ) อาสาสมัครในกลุ่มศึกษาและกลุ่มนวดแบบราชสำนักส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.8



อายุ 50-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 47.3 อายุเฉลี่ย 57 ปี (S.D.=8.85) มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 70.3 สำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.7 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45.9 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	กลุ่มศึกษา (n=37)		กลุ่มควบคุม(n=37)		ภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	5	13.5	4	10.8	9	12.2
หญิง	32	86.5	33	89.2	65	87.8
อายุ						
20-29 ปี	1	2.7	1	2.7	2	2.7
30-39 ปี	3	8.1	3	8.1	6	8.1
50-59 ปี	19	51.4	16	43.2	35	47.3
60 ปีขึ้นไป	14	37.8	17	45.9	31	41.9
($\bar{X}$ =57, S.D.=8.85 , Min=23 , Max=65)						
สถานภาพ						
โสด	13	35.1	5	13.5	18	24.3
สมรส/คู่	21	56.8	31	83.8	52	70.3
หย่า/แยกกันอยู่	3	8.1	1	2.7	4	5.4
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	16	43.2	23	62.2	39	52.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	8.1	8	21.6	11	14.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	6	16.2	3	8.1	9	12.2
อนุปริญญา/ปวส.	0	0	1	2.7	1	1.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	32.4	2	5.4	14	18.9
อาชีพ						
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	8	21.6	2	5.4	10	13.5
ธุรกิจส่วนตัว	3	8.1	1	2.7	4	5.4
รับจ้าง	17	45.9	17	45.9	34	45.9
ค้าขาย	3	8.1	7	18.9	10	13.5
เกษตรกร	6	16.2	10	27.0	16	21.6



ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มสัทยาและกลุ่มนวดแบบราชสำนัก ก่อนทำการรักษา พบว่า ก่อนทำการรักษาด้วยการสัทยาและการนวดแบบราชสำนัก มีระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อส่วนบนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนมัธยฐานของระดับอาการปวดกล้ามเนื้อโดยรวมในกลุ่มสัทยาและกลุ่มนวดเท่ากับ 7.00 (IQR = 6.50–8.00 และ 6.00–8.00 ตามลำดับ) ค่า Mean Rank เท่ากับ 41.45 และ 33.55 ตามลำดับ ($Z = -1.63$, $r = 0.19$ [95% CI = -0.04–0.40]) และความตึงต้นคอในท่าเคลื่อนไหวต่างๆ พบว่า ท่าก้มคอให้คางชิดอก ค่า Mean Rank เท่ากับ 38.61 และ 36.39 ($Z = -0.45$, $r = 0.05$ [95% CI = -0.18–0.28]) ท่าแหงนหน้ามองเพดาน ค่า Mean Rank เท่ากับ 38.03 และ 36.97 ($Z = -0.22$, $r = 0.03$ [95% CI = -0.20–0.25]) ท่าเอียงคอไปข้างซ้ายให้หูชิดไหล่ ค่า Mean Rank เท่ากับ 39.15 และ 35.85 ($Z = -0.68$, $r = 0.08$ [95% CI = -0.13–0.30]) ท่าเอียงคอไปข้างขวาให้หูชิดไหล่ ค่า Mean Rank เท่ากับ 40.45 และ 34.55 ($Z = -1.20$, $r = 0.14$ [95% CI = -0.09–0.36]) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวด ความตึงต้นคอ ระหว่างกลุ่มสัทยาและกลุ่มนวดแบบราชสำนัก ก่อนทำการรักษา (n=74)

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Median (IQR)	Mean Rank	z	P-value	r [95% CI]
ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อโดยรวม	สัทยา	37	7.00(6.50-8.00)	41.45	-1.63	.104	0.19(-0.04-0.40)
	นวด	37	7.00(6.00-8.00)	33.55			
ความตึงต้นคอเมื่อก้มเพื่อให้คางชิดอก	สัทยา	37	7.00(6.00-8.00)	38.61	-0.45	.650	0.05(-0.18-0.28)
	นวด	37	7.00(6.00-7.00)	36.39			
ความตึงต้นคอเมื่อแหงนหน้ามองเพดาน	สัทยา	37	7.00(6.00-8.00)	38.03	-0.22	.829	0.03(-0.20-0.25)
	นวด	37	6.00(6.00-8.00)	36.97			
ความตึงต้นคอเมื่อเอียงคอไปข้างซ้ายให้หูชิดไหล่	สัทยา	37	7.00(6.00-8.00)	39.15	-0.68	.498	0.08(-0.13-0.30)
	นวด	37	7.00(6.00-7.00)	35.85			
ความตึงต้นคอเมื่อเอียงคอไปข้างขวาให้หูชิดไหล่	สัทยา	37	7.00(5.00-8.00)	40.45	-1.20	.231	0.14(-0.09-0.36)
	นวด	37	6.00(5.00-7.00)	34.55			

*p-value < .05

การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวด ภายในกลุ่มสัทยา ก่อนและหลังทำการรักษา พบว่า หลังทำการรักษาด้วยการสัทยา มีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนทำการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา ทั้งในภาพรวม โดยค่ามัธยฐานระดับความเจ็บปวดโดยรวมลดลงจาก 7.00 IQR = (6.50–8.00) เป็น 1.00 (IQR = 0.00–2.00) คะแนน โดยมี Mean Rank ก่อนการรักษา = 19.00 และ หลังการรักษา = 0.00 ค่า $Z = -5.33$, ขนาดอิทธิพล $r = 0.88$ [95% CI = 0.77–0.94] และความตึงต้นคอในท่าเคลื่อนไหวต่าง ๆ



พบว่า ทำกัมเพื่อให้คางซิดอกลดลงจาก 7.00 (IQR = 6.00–8.00) เป็น 0.00 (IQR = 0.00–1.50) คะแนน ทำแขนงหน้ามอง เพดาน ลดลงจาก 7.00 (IQR = 6.00–8.00) เป็น 0.00 (IQR = 0.00–1.00) คะแนน ทำเอียงคอไปข้างซ้ายให้หูซิดให้ลดลง จาก 7.00 (IQR = 6.00–8.00) เป็น 0.00 (IQR = 0.00–1.00) คะแนน และทำเอียงคอไปข้างขวาให้หูซิดให้ลดลงจาก 7.00 (IQR = 5.00–8.00) เป็น 0.00 (IQR = 0.00–1.00) คะแนน ตามลำดับโดยมี Mean Rank ก่อนการรักษา = 19.00 และ หลังการรักษา = 0.00 ค่า $Z = -5.33$, ขนาดอิทธิพล $r = 0.88$ [95% CI = 0.77–0.94] ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวดภายในกลุ่มศึกษา ก่อนและหลังทำการรักษา (n=37)

ตัวแปร	กลุ่มศึกษา	Median (IQR)	Mean Rank	z	P-value	r [95% CI]
ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อโดยรวม	ก่อน	7.00(6.50-8.00)	19.00	-5.33	<.001*	0.88(0.77-0.94)
	หลัง	1.00(0.00-2.00)	0.00			
ความตึงตันคอเมื่อกัมเพื่อให้คางซิดอก	ก่อน	7.00(6.00-8.00)	19.00	-5.33	<.001*	0.88(0.77-0.94)
	หลัง	0.00(0.00-1.50)	0.00			
ความตึงตันคอเมื่อแขนงหน้ามองเพดาน	ก่อน	7.00(6.00-8.00)	19.00	-5.33	<.001*	0.88(0.77-0.94)
	หลัง	0.00(0.00-1.00)	0.00			
ความตึงตันคอเมื่อเอียงคอไปข้างซ้ายให้หูซิดให้	ก่อน	7.00(6.00-8.00)	19.00	-5.33	<.001*	0.88(0.77-0.94)
	หลัง	0.00(0.00-1.00)	0.00			
ความตึงตันคอเมื่อเอียงคอไปข้างขวาให้หูซิดให้	ก่อน	7.00(5.00-8.00)	19.00	-5.33	<.001*	0.88(0.77-0.94)
	หลัง	0.00(0.00-1.00)	0.00			

*p-value < .05

การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวด ภายในกลุ่มนวด ก่อนและหลังทำการ พบว่า หลังทำการ รักษาด้วยการนวดแบบราชสำนัก มีคะแนนความเจ็บปวดน้อยกว่าก่อนทำการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา ทั้งในภาพรวม โดยค่ามัธยฐานระดับความเจ็บปวดโดยรวมลดลง จาก 7.00 (IQR = 6.00–8.00) เป็น 1.00 (IQR = 0.00–2.00) คะแนน โดยมี Mean Rank ก่อนการรักษา = 19.00 และ หลังการรักษา = 0.00 ค่า $Z = -5.39$, ขนาดอิทธิพล $r = 0.98$ [95% CI = 0.78–0.94] และความตึงตันคอในท่าก้มเพื่อให้คาง ซิดอก ลดลงจาก 7.00 (IQR = 6.00–7.00) เป็น 1.00 (IQR = 1.00–2.00) คะแนน Mean Rank ก่อนการรักษา = 19.00 และ หลังการรักษา = 0.00 ค่า $Z = -5.37$, ขนาดอิทธิพล $r = 0.88$ [95% CI = 0.77–0.94] ทำแขนงหน้ามองเพดาน ลดลงจาก 6.00 (IQR = 6.00–8.00) เป็น 1.00 (IQR = 0.00–2.00) Mean Rank ก่อนการรักษา = 19.00 และ หลังการรักษา = 0.00 ค่า $Z = -5.33$, ขนาดอิทธิพล $r = 0.88$ [95% CI = 0.77–0.94] ทำเอียงคอไปข้างซ้ายให้หูซิดให้ 7.00 (IQR = 6.00–7.00) เป็น 1.00 (IQR = 0.00–2.00) Mean Rank ก่อนการรักษา = 19.00 และ หลังการรักษา = 0.00 ค่า



$Z = -5.34$, ขนาดอิทธิพล $r = 0.88$ [95% CI = 0.77–0.94] และท่าเอียงคอไปข้างขวาให้หูชิดไหล่ ลดลงจาก 6.00 (IQR = 5.00–7.00) เป็น 1.00 (IQR = 0.00–2.00) Mean Rank ก่อนการรักษา = 19.00 และ หลังการรักษา = 0.00 ค่า $Z = -5.34$, ขนาดอิทธิพล $r = 0.88$ [95% CI = 0.77–0.94] ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวด ภายในกลุ่มขนาดแบบราชสำนัก ก่อนและหลังทำการรักษา (n=37)

ตัวแปร	กลุ่มขนาด	Median (IQR)	Mean Rank	z	P-value	r [95% CI]
ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อโดยรวม	ก่อน	7.00(6.00–8.00)	19.00	-5.39	<.001*	0.98(0.78–0.94)
	หลัง	2.00(1.00–2.00)	0.00			
ความตึงต้นคอเมื่อก้มเพื่อให้คางชิดอก	ก่อน	7.00(6.00–7.00)	19.00	-5.37	<.001*	0.88(0.77–0.94)
	หลัง	1.00(1.00–2.00)	0.00			
ความตึงต้นคอเมื่อแหงนหน้ามองเพดาน	ก่อน	6.00(6.00–8.00)	19.00	-5.33	<.001*	0.88(0.77–0.94)
	หลัง	1.00(0.00–2.00)	0.00			
ความตึงต้นคอเมื่อเอียงคอไปข้างซ้ายให้หูชิดไหล่	ก่อน	7.00(6.00–7.00)	19.00	-5.34	<.001*	0.88(0.77–0.94)
	หลัง	1.00(0.00–2.00)	0.00			
ความตึงต้นคอเมื่อเอียงคอไปข้างขวาให้หูชิดไหล่	ก่อน	6.00(5.00–7.00)	19.00	-5.34	<.001*	0.88(0.77–0.94)
	หลัง	1.00(0.00–2.00)	0.00			

*p-value < .05

การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มสัปดาห์และกลุ่มขนาด หลังทำการรักษา โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายไม่เป็นโค้งปกติ พบว่า หลังทำการรักษาด้วยการสัปดาห์และการขนาดแบบราชสำนัก กลุ่มสัปดาห์มีความเจ็บปวดน้อยกว่ากลุ่มขนาดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับอาการปวดกล้ามเนื้อโดยรวมของกลุ่มสัปดาห์ มีค่ามัธยฐาน 1.00 (IQR = 0.00–2.00) ขณะที่กลุ่มขนาดมีค่ามัธยฐาน 2.00 (IQR = 1.00–2.00) ค่า Mean Rank ของกลุ่มสัปดาห์ = 32.12 และกลุ่มขนาด = 42.88 ($Z = -2.27$, $p = .023$, $r = 0.26$ [95% CI = 0.04–0.46]) ซึ่งบ่งชี้ถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความตึงต้นคอในท่าเคลื่อนไหวต่างๆ พบว่า ท่าก้มเพื่อให้คางชิดอก กลุ่มสัปดาห์มีค่ามัธยฐาน 0.00 (IQR = 0.00–1.50) ต่ำกว่ากลุ่มขนาด 1.00 (IQR = 1.00–2.00) อย่างมีนัยสำคัญ ($Z = -3.03$, $r = 0.35$ [95% CI = 0.14–0.54]) ท่าแหงนหน้ามองเพดาน กลุ่มสัปดาห์มีค่ามัธยฐาน 0.00 (IQR = 0.00–1.00) ต่ำกว่ากลุ่มขนาด 1.00 (IQR = 0.00–2.00) ($Z = -2.46$, $r = 0.29$ [95% CI = -0.06–0.48]) ท่าเอียงคอไปข้างซ้ายให้หูชิดไหล่ กลุ่มสัปดาห์มีค่ามัธยฐาน 0.00 (IQR = 0.00–1.00) ต่ำกว่ากลุ่มขนาด 1.00 (IQR = 0.00–2.00) ($Z = -2.76$, $r = 0.32$



[95% CI = 0.10–0.51]) ทำเอียงคอไปข้างขวาให้หูชิดไหล่ กลุ่มสัปดาห์มีค่ามัธยฐาน 0.00 (IQR = 0.00–1.00) ต่ำกว่ากลุ่มขนาด 1.00 (IQR = 0.00–2.00) ($Z = -2.73$, $r = 0.32$ [95% CI = 0.10–0.51]) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเจ็บปวด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทำการรักษา ($n=74$)

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Median (IQR)	Mean Rank	z	P-value	r [95% CI]
ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อโดยรวม	สัปดาห์	37	1.00(0.00-2.00)	32.12	-2.27	.023*	0.26(0.04-0.46)
	ขนาด	37	2.00(1.00-2.00)	42.88			
ความตึงต้นคอเมื่อก้มเพื่อให้ค้างชิดอก	สัปดาห์	37	0.00(0.00-1.50)	30.28	-3.03	.002*	0.35(0.14-0.54)
	ขนาด	37	1.00(1.00-2.00)	44.72			
ความตึงต้นคอเมื่อแหงนหน้ามองเพดาน	สัปดาห์	37	0.00(0.00-1.00)	31.74	-2.46	.014*	0.29(-0.06-0.48)
	ขนาด	37	1.00(0.00-2.00)	43.26			
ความตึงต้นคอเมื่อเอียงคอไปข้างซ้ายให้หูชิดไหล่	สัปดาห์	37	0.00(0.00-1.00)	30.97	-2.76	.006*	0.32(0.10-0.51)
	ขนาด	37	1.00(0.00-2.00)	44.03			
ความตึงต้นคอเมื่อเอียงคอไปข้างขวาให้หูชิดไหล่	สัปดาห์	37	0.00(0.00-1.00)	31.36	-2.73	.006*	0.10(0.10-0.51)
	ขนาด	37	1.00(0.00-2.00)	43.64			

* p -value < .05

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจแยกรายด้านต่อการมารับบริการทางการแพทย์แผนไทย

ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจระหว่างกลุ่มสัปดาห์และกลุ่มขนาดพบว่า โดยรวมทั้งสองกลุ่มมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ ความสะอาด ความสุภาพของผู้ให้บริการ การให้คำแนะนำ และระบบการบริการ ยกเว้น ด้านการช่วยคลายอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อที่กลุ่มสัปดาห์ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเล็กน้อย แต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ขนาดอิทธิพล (effect size) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($n=74$)

ตัวแปร	กลุ่ม	n	Median (IQR)	Mean Rank	z	P-value	r [95% CI]
1. สถานที่ให้บริการสะอาด สะดวก ถูกสุขลักษณะ และเป็นระเบียบ	สัปดาห์	37	5.00(5.00-5.00)	37.50	0.00	1.00	0.00(-0.33-0.33)
	ขนาด	37	5.00(5.00-5.00)	37.50			
2. ให้บริการด้วยความสุภาพ พุดจาไพเราะ	สัปดาห์	37	5.00(5.00-5.00)	37.50	0.00	1.00	0.00(-0.33-0.33)
	ขนาด	37	5.00(5.00-5.00)	37.50			



ตัวแปร	กลุ่ม	n	Median (IQR)	Mean Rank	z	P-value	r [95% CI]
3. การผ่อนคลายอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อ	สัปดาห์	37	5.00(5.00-5.00)	40.69	-1.65	0.10	-0.27(-0.56-0.05)
	นิ้ว	37	5.00(4.00-5.00)	34.31			
4. อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับอาการและปัญหาสุขภาพได้	สัปดาห์	37	5.00(5.00-5.00)	37.50	0.00	1.00	0.00(-0.33-0.33)
	นิ้ว	37	5.00(5.00-5.00)	37.50			
5. มีกระบวนการและขั้นตอนการบริการที่เหมาะสม	สัปดาห์	37	5.00(5.00-5.00)	37.00	-0.46	0.65	-0.08(-0.39-0.24)
	นิ้ว	37	5.00(5.00-5.00)	38.00			

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ทั้งการสัปดาห์และการวัดแบบราชสำนักมีประสิทธิภาพในการลดระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนบน โดยเมื่อเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังการรักษาภายในกลุ่ม พบว่าค่าระดับความเจ็บปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบผลหลังการรักษาระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสัปดาห์มีระดับความเจ็บปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการวัดแบบราชสำนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของพิชญานาไชย และธัญญะ พรหมศร (2567) พบว่าการสัปดาห์น้ำมันในผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง สามารถลดระดับความปวด และเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับพินอมล ชมโณม (2566) พบว่าก่อนได้รับการสัปดาห์ ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานของความปวดเฉลี่ย เท่ากับ 3 หลังการสัปดาห์ เท่ากับ 1 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับพรพรรณ คำมาและคณะ (2565) พบว่าการสัปดาห์สามารถลดระดับความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อมได้มากกว่าการประคบสมุนไพร ทั้งในด้านความปวด ด้านอาการข้อฝืดและด้านความสามารถในการทำงานข้อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ยังพบว่าผลลัพธ์จากงานวิจัยเหล่านี้อยู่ในทิศทางเดียวกันกับผลการศึกษารั้งนี้ และไม่ปรากฏงานวิจัยใดที่ให้ผลขัดแย้งหรือไม่สอดคล้อง ดังนั้น ผลการศึกษารั้งนี้จึงสามารถสนับสนุนความสอดคล้องของหลักฐานเชิงประจักษ์และแนวทางการแพทย์แผนไทยในการบูรณาการการดูแลสุขภาพพระระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อเรื้อรังและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางเลือกอื่น ๆ

ผลลัพธ์นี้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการสัปดาห์ในการลดอาการปวดกล้ามเนื้อ กลไกการออกฤทธิ์ของการสัปดาห์นั้น อาจเกิดจากการที่ตัวยาสมุนไพรสามารถซึมผ่านเข้าสู่ผิวหนังได้โดยตรงในบริเวณที่มีอาการ ส่งผลให้เกิดฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา เช่น ฤทธิ์ด้านการอักเสบ ลดอาการบวม และบรรเทาความเจ็บปวด เนื่องจากการสัปดาห์คือการใช้เข็มสัปดาห์ในน้ำมันที่มีตัวยาสมุนไพรเป็นส่วนประกอบ ตำรับยาหรือสมุนไพรที่ใช้พบว่ามีแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ของหมอแต่ละท่าน จากนั้นนำเข็มสัปดาห์บริเวณกล้ามเนื้อที่มีอาการปวด โดยมีหลักการคือการทำให้ผิวหนังเป็นรู เพื่อให้ไขมันที่มีส่วนผสมของยาซึมเข้าสู่บริเวณที่มีปัญหาโดยตรง (ประกาศสภาการแพทย์แผนไทย, 2563) ขณะที่การวัดแบบราชสำนักมุ่งเน้นที่การคลายกล้ามเนื้อผ่านแรงกดและการยืดเหยียด ช่วยลดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ สอดคล้องกับสุภารัตน์ สุขโท



และคณะ (2563); นพพร ชายหอมรส (2564) ที่พบว่า การนวดแบบราชสำนักและการนวดไทยสามารถบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน เนื่องจากกล้ามเนื้อมีการคลายตัวจากการนวดจึงช่วยเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวคอและระดับความทนต่อความเจ็บปวดได้ และยังสอดคล้องกับแนวคิดของการแพทย์แผนไทยที่เน้นการปรับสมดุลร่างกายผ่านกระบวนการที่ช่วยกระตุ้นจุดสำคัญของเส้นประธานสิบตามทฤษฎีของการแพทย์แผนไทย (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2560) นอกจากนี้ ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวมทั้งสองกลุ่มมีระดับความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ ความสะอาด ความสุภาพของผู้ให้บริการ การให้คำแนะนำ และระบบการบริการ ยกเว้นด้านการช่วยคลายอาการเจ็บปวดกล้ามเนื้อที่กลุ่มสัปดาห์ได้รับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเล็กน้อย แต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ ขนาดอิทธิพล (effect size) ในภาพรวมอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงไม่มีผล ซึ่งสะท้อนว่าทั้งสองวิธีให้บริการสามารถสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการได้ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับภทรภรณ์ พรหมแก้ว (2565) พบว่าผู้เข้ารับบริการมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับดีมาก โดยด้านที่ได้รับความพึงพอใจเป็นอันดับแรกคือความพึงพอใจในการรับบริการในแต่ละส่วนงาน รองลงมาได้แก่ด้านความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวก สถานที่และความพึงพอใจด้านคุณภาพให้บริการ ด้านความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ และด้านความพึงพอใจต่อกระบวนการ ขั้นตอนการให้บริการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการยอมรับในบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การสัปดาห์เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดระดับความเจ็บปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน และสามารถใช้เป็นทางเลือกที่เหมาะสมร่วมกับการนวดแบบราชสำนักในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะยาวเพิ่มเติม เพื่อประเมินความต่อเนื่องของผลการรักษา รวมถึงประเมินผลข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว และสามารถนำไปใช้ร่วมกับศาสตร์การแพทย์แผนไทยอื่นเพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยควรพิจารณาพร้อมกับปัจจัยด้านความชอบ ความเหมาะสมเฉพาะบุคคล และความพร้อมของบริการในพื้นที่ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการประยุกต์ใช้ในเชิงคลินิกอย่างแพร่หลายยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางในการบำบัดอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบนในเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ให้บริการแพทย์แผนไทย เพื่อเลือกใช้เทคนิคการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย
2. ส่งเสริมการบูรณาการการสัปดาห์ในระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ โดยใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลอาการปวดกล้ามเนื้อในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถช้ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs ได้
3. พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับผู้ให้บริการแพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ ทักษะ และความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสม เช่น การเลือกใช้การสัปดาห์ในกรณีที่มีข้อจำกัดต่อการนวด
4. เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยเชิงประจักษ์ โดยเฉพาะสำหรับอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนบน



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของการรักษาด้วยการสัทยาในระยะยาว ทั้งในด้านประสิทธิผลในการลดอาการปวดกล้ามเนื้อส่วนบนและการป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ตลอดจนผลกระทบหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเกิดรอยแผล การแพ้สมุนไพร หรือผลต่อเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง เพื่อประเมินทั้งความต่อเนื่องของผลการรักษาและความปลอดภัยอย่างรอบด้าน
2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีการรักษาอื่นเพิ่มเติม เช่น การใช้ลูกประคบสมุนไพร การฝังเข็ม หรือการประคบร้อน เพื่อศึกษาประสิทธิผลเชิงเปรียบเทียบในบริบทที่หลากหลาย
3. ควรศึกษา Randomized Controlled Trial ที่มาตรฐาน หรือการศึกษาเปรียบเทียบการสัทยา ร่วมกับการนวดไทยอีก 1 กลุ่มการทดลอง เพื่อทดสอบผลเสริมฤทธิ์
4. ควรศึกษาการติดตามหลายระยะ (ทันที, 72 ชม., 2 สัปดาห์, 4-8 สัปดาห์) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของการรักษา
5. แนวทางสำหรับการศึกษากครั้งต่อไป ควรมีการสุ่มจัดกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อลดความเสี่ยงของ selection bias และเพิ่มความเที่ยงตรงของผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มการรักษา

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2560). *แนวทางการใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยเพื่อการดูแลการปวดกล้ามเนื้อ*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือประกอบการรับรอง หมอพื้นบ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. 2562*.
- กุลิสรา อนันต์นัย (2563). พฤติกรรมของคนที่ทำงานกับการใช้แอปพลิเคชัน สำหรับลดความเสี่ยงจากออฟฟิศซินโดรม ในเขตกรุงเทพฯและปริมณฑล. *วารสารวิทยาลัยบัณฑิตศึกษาการจัดการ*, 13(2), 47-69.
- ณภารินทร์ ภัสราธร (2562). *พฤติกรรมการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมของพนักงานบริษัทในเขตกรุงเทพมหานคร* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เดือนเพ็ญ ใจเต้. (2562). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยกิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการทำสมาธิ เพื่อลดปัญหาโรคออฟฟิศซินโดรมของพนักงานศูนย์บริการรถยนต์ ในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น*. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น.
- ธารมันซ์ ตลับเพชรสกุล. (2565). *แพทย์แผนไทย กับ การสัทยา*. พรหมวิหารคลินิก การแพทย์แผนไทย. สืบค้นจาก <https://bvclinics.com/medical-tattoos/>
- นพพร ชายหอมรส. (2564). การศึกษาประสิทธิผลการนวดไทยแบบทั่วไปกับการนวดไทยแบบราชสำนักในการลดอาการปวดบ่า ต้นคอ และศีรษะ โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารหมอยาไทยวิชัย*, 1(7). 67-83
- ประคอง กรณสูตร. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ด่าน สุทธาการพิมพ์.



- พโนมล ชมโนม. (2566). ผลของการศึกษาต่อระดับความปวดกล้ามเนื้อของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังตอนล่าง, *วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข*, 1(1), 1-14.
- พิชญา นาไชย และธัญญะ พรหมศร. (2567). ประสิทธิภาพของการสัณยาน้ำมันต่อระดับความปวดและองศาการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 4(1), 1-15.
- พรพรรณ คำมาและคณะ. (2565). ประสิทธิภาพการสัณยาเปรียบเทียบกับประคบสมุนไพรในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารหมอยาไทยวิจัย*, 8(1), 129-143.
- ภัทรภรณ์ พรหมแก้ว. (2565). ความพึงพอใจของผู้เข้ารับรักษาโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 และ 5 หลัง ด้วยการสัณยา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตาบลเตรียม อำเภอดุสิตบุรี จังหวัดพังงา. *การประชุมวิชาการนาเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 4 “GRADUATE SCHOOL CONFERENCE 2022*, 88-97.
- มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมและโรงเรียนอายุรเวท (2548). *หัตถเวชกรรมแผนไทย(นวดแบบราชสำนัก)*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ศ พรรัตน์ตั้ง เซ็นเตอร์.
- ราชกิจจานุเบกษา พ.ศ. 2562. (2562). ประกาศคณะกรรมการหมอพื้นบ้าน เรื่อง ลักษณะ ประเภท หรือกรรมวิธีของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2562.
- ราชกิจจานุเบกษา พ.ศ. 2563. (2563). ประกาศสภาการแพทย์แผนไทย เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานและกรรมวิธีการแพทย์แผนไทยผู้ประกอบการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2556.
- ศรินรัตน์ โคตะพันธ์ และศุภมาส จารุจรม. (2560) โรคออฟฟิศซินโดรมกับศาสตร์การแพทย์แผนไทย. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(2), 135-142.
- สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. (2563). *Recommendations for the Treatment of Myofascial Pain Syndrome & Fibromyalgia*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซิง.
- สุภารัตน์ สุขโท และคณะ (2563). ผลระยะสั้นของการนวดไทยแบบราชสำนักในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลมปลายปัตคาศัญญาณ 4 หลัง. *วารสารหมอยาไทยวิจัย*, 1(6), 1-20.
- สุวิญญา ธนสีลังกุล. (2556). เครื่องมือที่ใช้วัดความปวด. สืบค้น จาก <https://www.gotoknow.org/posts/301625>
- สมโรจน์ จิริวิภากร. (2565). การป้องกันและรักษากลุ่มอาการออฟฟิศซินโดรมสำหรับกองกำลังพลกองทัพอากาศแบบองค์รวม. *แพทยสารทหารอากาศ*, 68(1), 40-48.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). *สรุปผลที่สำคัญสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2566*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *แนวทางส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ PACHAGE6 พิชิตออฟฟิศซินโดรม Office Syndrome Management*. นนทบุรี: เอ็มดี ออลกราฟิก จำกัด.



อัจฉรา โพชนะโนและคณะ. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคออฟฟิศซินโดรมในวัยทำงานของบุคลากรสถาบันพัฒนาสภาวะเขตเมืองในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(3), 882-893.

Best, J.W. & Kahn, J.V. (2003). *Research in Education (9th ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.

Bloom, B. S. J. (1965). The role of educational science in curriculum development. *International Journal of the Educational Sciences*, 1(1), 5-15.

Bloom, B. S. J. (1975). *Taxonomy of educational objectives, handbook I: The cognitive domain*. New York, NY: David McKay.

Cavalieri T.A. (2002). Pain management in the elderly. *Journal of the American Osteopathic Association*, 102(9), 481-485.

Cronbach, L. J. (1984). *Essentials of psychology and education* New York, NY: McGraw-Hill. European Society for Emergency Medicine. (2020). *Guidelines for the management of acute pain in emergency situation*. Belgium.

Melzack, R., & Katz, J. (1999). Pain measurement in persons in pain. In P. D. Wall, & R. Melzack (Eds.), *Textbook of pain* (pp. 409-426). London: Harcourt Publisher.

Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: A review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 798-804. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01121.x>



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

อำเภอฟิปปิน จังหวัดนครศรีธรรมราช

ณัฐธยาน์ อินนุพัฒน์¹ ดลปัทม์ ทรงเลิศ² จิตฤดี รอดการทุกซ์^{3*}

¹งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฟิปปิน จังหวัดนครศรีธรรมราช

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครศรีธรรมราช

(วันที่รับบทความ: 4 มิถุนายน 2568 ; วันที่แก้ไข: 1 พฤศจิกายน 2568; วันที่ตอบรับ: 5 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูล hos.xp ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในเขตภาคใต้ ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีข้อมูลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร, น้ำตาลสะสมฮีโมโกลบิน A1c, ไขมันไตรกลีเซอไรด์รวม, คอเลสเตอรอลชนิดดี และอัตราการกรองของไต จำนวน 220 ราย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่ามัธยฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติ Chi-square test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.9 มีอายุ 60–69 ปี ร้อยละ 29.5 มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 71.4 มี BMI อยู่ในช่วง 25.0–29.9 คิดเป็นร้อยละ 37.7 ระยะการป่วยโรคเบาหวาน 1–5 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.5 ส่วนใหญ่ไม่มียาฉีด ร้อยละ 85.0 มีโรคร่วม ร้อยละ 90.5 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.2 มีผล Creatinine อยู่ในช่วง 0.6–1.1 mg% คิดเป็นร้อยละ 63.6 GFR อยู่ในช่วงมากกว่า 90 คิดเป็นร้อยละ 41.4 HDL อยู่ในช่วง 40–60 mg/dL คิดเป็นร้อยละ 64.1 FBS อยู่ในช่วงมากกว่า 125 mg/dL คิดเป็นร้อยละ 74.5 HbA1C อยู่ในช่วงมากกว่า 6.4 คิดเป็นร้อยละ 78.6 ผล Urine protein 1+ ร้อยละ 11.4 และมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 32.7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระยะเวลาเป็นเบาหวาน ยาฉีด ระดับ Creatinine ระดับ GFR ระดับ FBS ระดับ HbA1C และ ระดับ Urine protein ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนควรมีการคัดกรอง ระดับ Creatinine ระดับ GFR ระดับ FBS ระดับ HbA1C และระดับ Urine protein อย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเบาหวานที่มีระยะการเป็นโรคเบาหวานนานกว่า 10 ปี รวมถึงการแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดและระดับน้ำตาลเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต

คำสำคัญ: ภาวะแทรกซ้อนทางไต, เบาหวานชนิดที่ 2, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** จิตฤดี รอดการทุกซ์; jitrudee_rod@nstru.ac.th



Factors Associated with Diabetic Nephropathy in type 2 Diabetic Patients at Phipun district, Nakhon Si Thammarat Province

Nuttaya Innupat¹, Dolpaphat Songlead², Jitrudee Rodkantuk^{3*}

¹ Phipun Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

² Boromrajonani College Nursing, Nakhonsithammarat, Faculty of Nursing Prabormarajchanok Institute

³ Nakhon Si Thammarat Rajabhat University

(Received: 4 June 2025 ; Revised: 1 November 2025; Accepted: 5 November 2025)

Abstract

This study was a cross-sectional analytical study. The objective was to study the factors associated with the occurrence of renal complications in patients with type 2 diabetes using secondary data from the hospital's hos.xp database. The sample consisted of 220 patients diagnosed with type 2 diabetes with laboratory test results, including fasting blood sugar level, hemoglobin A1c, total triglycerides, High-Density Lipoprotein, and glomerular filtration rate. Descriptive statistics, including percentages, means, standard deviations, and medians, were employed to analyze the data. Associations between variables were assessed using Chi-square tests with the level of statistical significance set at $p < .05$

The results of the study found that: The majority of the sample group was female (70.9%), aged 60-69 years (29.5%), had a first-degree relative with diabetes (71.4%), had a BMI between 25.0-29.9 (37.7%), had had diabetes for 1-5 years (30.5%), did not receive injections (85.0%), had comorbidities (90.5%), had hypertension (78.2%), had a Creatinine score between 0.6-1.1 mg% (63.6%), had a GFR score above 90 (41.4%), had a HDL score between 40-60 mg/dL (64.1%), had a FBS score above 125 mg/dL (74.5%), had a HbA1C score above 6.4 (78.6%), and had a Urine protein score of 1+ (11.4%), and 32.7 percent of the participants had kidney complications. The analysis revealed that the factors that were significantly related to the occurrence of kidney complications in patients with type 2 diabetes at a statistical level of .05 were: duration of diabetes, receiving injectable drugs, creatinine level, GFR level, FBS level, HbA1C level, and urine protein level. Therefore, the secondary hospital should screen for creatinine level, GFR level, FBS level, HbA1C level, and urine protein level regularly, especially in diabetic patients with a diabetes duration of more than 10 years, as well as advising diabetic patients to control blood triglyceride and sugar levels to delay the occurrence of kidney complications.

Keywords: Renal complications, type 2 diabetes, associated factors

***Corresponding author:** Jitrudee Rodkantuk; jitrudee_rod@nstru.ac.th



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunication diseases, NCDs) ที่พบบ่อยและเป็นภาระต่อระบบสาธารณสุขของแต่ละประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 830 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 1.6 ล้านคน ในขณะที่พบ ผู้ป่วยในประชากรทุก 11 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน และทุก 6 วินาทีจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน เสียชีวิต อย่างน้อย 1 คน โดยคาดว่าในปีพ.ศ. 2583 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน (World Health Organization, 2024) จากสถานการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก (Western Pacific) พบว่าประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 4.4 ล้านคน สูงเป็นอันดับ 4 รองจากประเทศจีน อินเดีย และ ญี่ปุ่นตามลำดับ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) จากการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติในปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20-79 ปี ในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งรวมประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งสิ้น 107 ล้านคน (International Diabetes Federation Atlas: IDF Atlas, 2024)

ประเทศไทยผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นโดยเพิ่มจาก 4 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 เป็น 5.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2562 ในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ (< 130 มก./ดล.) มีจำนวนลดลงจากร้อยละ 28.5 เป็นร้อยละ 23.5 (สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และคณะ, 2563) และสถานการณ์ของการเสียชีวิต จากเบาหวานในปี 2560 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 14,322 คนและเพิ่มขึ้นเป็น 16,008 คนในปี 2564 (คิดเป็นอัตรา 22.0 และ 24.5 คนตามลำดับ) ซึ่งอัตราการตาย จากโรคเบาหวานอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ไต ตา ระบบประสาท หลอดเลือดและอื่น ๆ เป็นต้น (กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์มีจำนวนลดลง ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน ย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ดังนั้น สิ่งที่ได้ทำ คือการควบคุมระดับน้ำตาลและการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแต่เนิ่น ๆ เพื่อช่วยให้ ทราบว่าได้เริ่มเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น เพื่อจะได้ควบคุมและป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น จากภาวะแทรกซ้อน นั้น ๆ (รัตนพร สุวานิช, ลดา เลยหยุด, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ และคณะ, 2565) โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไต

ภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เกิดจากเบาหวานโดยตรงมักเกิดขึ้นหลังจากเป็นโรคอย่างน้อย 5 ปี แต่ส่วนใหญ่ มักเกิดหลัง 15-25 ปี โดยในระยะแรกจะไม่มีอาการปรากฏให้ทราบแม้จากการตรวจเลือด แต่จะทราบได้จากการ ตรวจปัสสาวะพบโปรตีนซึ่งมีปริมาณไม่มากในระยะต้นต่อมาปริมาณโปรตีนจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จนอาจมี การสูญเสียโปรตีนในปัสสาวะมาก ทำให้โปรตีนในเลือดลดต่ำลงและผู้ป่วยมีอาการบวมมากขึ้น ในช่วงเวลานี้การ ทำงานของไตอาจยังดีอยู่หรือลดลงเพียงเล็กน้อย แต่จากนั้นการทำงานของไตจะลดลงเป็นลำดับจนเกิดภาวะไตวาย ระยะเวลาดังแต่พบโปรตีนในปัสสาวะจนเกิดภาวะไตวายไม่แน่นอนเฉลี่ย 4-5 ปี (จิรวัดน์ สัตต, 2562) โปรตีนใน ปัสสาวะ (Urine protein) เป็นค่าที่แสดงให้เห็นถึง ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ซึ่งจากระดับน้ำตาลที่สูงจาก โรคเบาหวาน ส่งผลให้ผนังของหลอดเลือดแดงฝอยในโกลเมอรูลัสของไตหนาตัวขึ้น และการขยายตัวของหลอดเลือดมี ความสามารถในการซึมผ่านสูงขึ้น ประสิทธิภาพการกรองของไตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของรัตนพร สุวานิช, ลดา เลยหยุด, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์และคณะ (2565) ที่พบว่า ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับ



ภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (OR_{adj} 4.33; 95% CI = 2.75 -6.81; p-value < 0.01) ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะเป็นตัวชี้วัดทางชีวภาพสำคัญ ที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และยังพบว่า ภาวะโปรตีนอัลบูมินรั่วในปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง (Jitraknatee et al., 2020)

ข้อที่น่าสังเกตคือเมื่อโรคดำเนินมาถึงขั้นที่มีโปรตีนในปัสสาวะมากแล้ว ไม่ว่าจะให้การรักษาด้วยวิธีใดก็ไม่สามารถยับยั้งการเกิดภาวะไตวายได้ ดังนั้นการป้องกันจึงต้องทำตั้งแต่ระยะต้นก่อนจะมีโปรตีนออกมาในปัสสาวะ จากข้อมูลการสำรวจภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยพบ ร้อยละ 34 มีภาวะแทรกซ้อนระบบประสาทที่เท้า ร้อยละ 17 มีภาวะแทรกซ้อนทางไต และร้อยละ 13.6 พบภาวะแทรกซ้อนทางตา (สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วิภา คุณทรงเกียรติ และคณะ, 2563) จากข้อมูลของหน่วยไตเทียมในประเทศไทย พบว่าในปี 2561 สาเหตุของโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลด้วยเครื่องไตเทียมเกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุดถึงร้อยละ 37.5 ดังนั้นดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย อายุ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน การไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การมีโรคร่วม เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง พฤติกรรมการออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่และการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน (สุวรรณ เพ็ชรรุ่ง, 2563; ญัฐนิชา สอนรัมย์, จุฑาธิป ศีลบุตร, ชูเกียรติ วิวัฒนวงศ์เกษม และคณะ, 2566; ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์, 2564)

โรงพยาบาลพิบูล อำเภอบึงสามพัน จังหวัดนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง โดยปี 2566 มีประชาชนอาศัยจำนวน 28,826 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2566) มีการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานสำหรับประชาชนในพื้นที่ จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาล ระหว่างปี 2563-2565 เท่ากับ 977, 934, 1,099 ราย ตามลำดับ และเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เท่ากับ 727, 709 , 664 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.41, 75.91, 60.42 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตมีปริมาณที่สูงมากและยังพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เมื่อเข้าสู่ระยะที่ 5 มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปฏิเสธการส่งต่อเนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่พร้อมอายุมากขึ้น ไม่มีผู้ดูแลและจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก (งานสถิติโรงพยาบาลพิบูล, 2565)

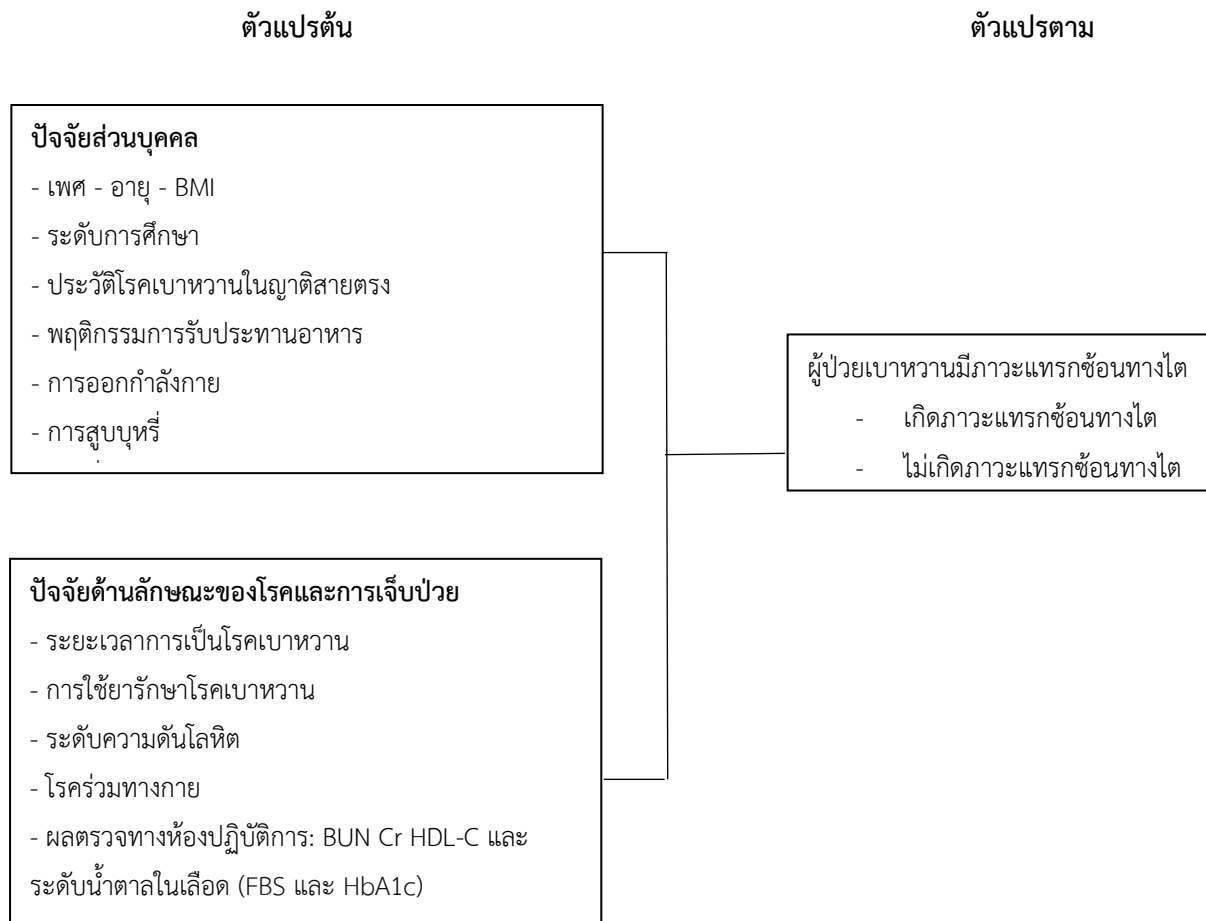
จากภาพรวมดังกล่าวพบว่า ภาวะแทรกซ้อนทางไตรวมถึงการเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีแนวโน้มที่สูงขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เกิดความพิการ การเสียชีวิต ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีรายจ่ายสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 50 รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามอายุของผู้ป่วยและระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งไม่สามารถควบคุมได้ (ชิตกมล ศรีชมภูและเบญจา มุกตพันธ์, 2562; จิรวัฒน์ สีสื่อ, 2562; รัตนาพร สุวานิช, ลดา เลยหยุด, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ และคณะ, 2565) ดังนั้นการค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะแทรกซ้อนทางไตจึงมีความสำคัญอย่างมากเพื่อปรับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางไต ตลอดจนการคืนข้อมูลการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการรักษาให้คำแนะนำการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้เกิดดำเนินไปสู่ระยะท้ายเพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 31 ธันวาคม 2566

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาศัยในอำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ขึ้นทะเบียนการรักษาในโรงพยาบาลพิบูลย์ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2566 จำนวน 1,412 ราย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ขึ้นทะเบียนการรักษาในโรงพยาบาลพิบูลย์ จำนวน 1,412 ราย โดยใช้ตารางการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของโคเฮน (Cohen, 1969) ซึ่งกำหนดค่าอำนาจของการทดสอบ (power of the test) ที่ .50 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 203 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 20% สำหรับการสูญเสีย



(Anderson, 2010) รวมเป็น 220 คนและเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ตามสัดส่วนประชากร จำแนกตามตำบลและตามคุณสมบัติที่กำหนดโดย 5 ตำบลในอำเภอพิปูน ได้แก่ พิปูน, ยางค้อม, เขาพระ, ควนกลาง, และกะทูน จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายจากประชากรในแต่ละตำบล ได้แก่ พิปูน 31 คน ยางค้อม 54 คน เขาพระ 58 คน ควนกลาง 34 คน และกะทูน 43 คน

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลพิปูนและได้รับการตรวจเลือดคัดกรองประจำปีในปีงบประมาณ 2567
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. มีประวัติมาติดตามการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพิปูนนานมากกว่า 1 ปี
4. สนใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. อ่านหนังสือออกและเขียนหนังสือได้

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการทางจิตกำเริบ ไม่สามารถควบคุมตนเองได้
2. ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์
3. ผู้ป่วยที่เป็นโรคไตจากสาเหตุอื่น
4. ข้อมูลในแบบบันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
5. ผู้ป่วยอาการแย่ลงหรือเสียชีวิตระหว่างทำการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม และแบบคัดลอกข้อมูลจากระบบ hos.xp โรงพยาบาล โดยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของรายวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติเบาหวาน ในญาติสายตรง ดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (เก็บจากผู้ป่วยโดยตรง)

2. แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยจากระบบเวชระเบียน จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวาน โรคประจำตัวร่วม (โรคความดันโลหิตสูง เกาต์ โรคหัวใจในไต และโรคไขมันในเลือดสูง) ระดับความดันโลหิต และผลตรวจการทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ BUN Cr HDL และระดับน้ำตาลในเลือด

3. แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1 ข้อ ในการวิจัยนี้หมายถึงโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ถึง 5 ตามเกณฑ์ของคณะทำงาน The Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO, 2022) จำแนกตามค่าประมาณอัตราการกรองของไต (estimated glomerular filtration rate [eGFR]) ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต คือผู้ป่วยที่มี eGFR ตั้งแต่ 60 มล./นาที ต่อ



1.73 ม.² ขึ้นไป และ 2) กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยมีค่าอย่างใดอย่างหนึ่งที่ผิดปกติได้แก่ ผู้ที่มี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที ต่อ 1.73 ม.² และประเมินภาวะไมโครอัลบูมินรั่วในปัสสาวะมากกว่า +1 (เก็บจากระบบเวชระเบียน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยจากระบบเวชระเบียน และแบบประเมินภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพซึ่งมีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญโรคเบาหวาน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมและสถิติ 1 ท่าน โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องทางเนื้อหา ภาษาที่ใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.60-1.00 และเมื่อผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองกับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความเที่ยงโดยการหาค่าสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง 0.86, 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิปูน สาธารณสุขอำเภอพิปูน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อน้ำร้อน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งนาใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากจ้ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากกระแนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังวัว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะทูนเหนือ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจุฬาภรณ์พัฒนา 2 เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย

2. ติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบประจำคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลพิปูนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของเครือข่ายสุขภาพอำเภอพิปูน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อน้ำร้อน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งนาใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากจ้ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากกระแนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังวัว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกะทูนเหนือ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจุฬาภรณ์พัฒนา 2 และขออนุญาตเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัย โดยคณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวานด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยสถิติ Chi-square test โดยค่า P-value <0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ



จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2566 เลขที่ NHTPH 179/2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 29.5 ($\bar{X} = 63.43$, S.D. = 11.92, max = 89, min = 30) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.9 และเพศชาย ร้อยละ 29.1 ประกอบอาชีพทำสวน เกษตรกรรม ร้อยละ 48.6 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 65.9 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.5 มีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 71.4 มี BMI อยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 คิดเป็นร้อยละ 37.7 ($\bar{X} = 26.68$, S.D. = 4.73, max = 39.12, min = 16.29) จำนวนมื้ออาหารที่รับประทานต่อวัน 2 มื้อต่อวัน ร้อยละ 56.8 รับประทานอาหารรสจัด ร้อยละ 68.2 ออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 38.6 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 76.8 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 78.2ป่วยเป็นโรคเบาหวานเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 10.25 ปี (S.D. = 7.11) เป็นต้น ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณสมบัติทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=220)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X} = 63.43$, S.D. = 11.92, max = 89, min = 30)		
30 – 39 ปี	5	2.3
40 – 49 ปี	17	7.7
50 – 59 ปี	63	28.6
60 – 69 ปี	65	29.5
70 – 79 ปี	49	22.3
80 – 89 ปี	21	9.5
เพศ		
ชาย	64	29.1
หญิง	156	70.9
อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	66	30.0
ทำสวน เกษตรกรรม	107	48.6
ค้าขาย	21	9.5
รับจ้าง, ลูกจ้าง	23	10.5
ข้าราชการ	3	1.4



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	145	65.9
มัธยมศึกษา	49	22.3
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	5.0
ปริญญาตรี	14	6.4
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.5
สถานภาพ		
โสด	10	4.5
สมรส	164	74.5
หม้าย/แยกกันอยู่	46	20.9
ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน		
มี	157	71.4
ไม่มี	63	28.6
BMI ($\bar{X}$ = 26.68, S.D. = 4.73, max = 39.12, min = 16.29)		
น้อยกว่า 18.5	3	1.4
18.5 – 22.9	45	20.5
23.0 – 24.9	39	17.7
25.0 – 29.9	83	37.7
30 ขึ้นไป	50	22.7
จำนวนมื้ออาหารต่อวัน		
1 มื้อต่อวัน	85	38.6
2 มื้อต่อวัน	125	56.8
มากกว่า 3 มื้อต่อวัน	10	4.5
รสชาติอาหาร		
รสจืด	150	68.2
รสหวาน	25	11.4
รสเผ็ด	48	21.8
รสเปรี้ยว	56	25.5
รสเค็ม	30	13.6
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	78	35.5
ออกกำลังกายเป็นครั้งคราว	57	25.9
ออกกำลังกายเป็นประจำ	85	38.6



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
สูบ	25	11.4
ไม่สูบ	169	76.8
เคยสูบ	26	11.8
ดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	10	4.5
ไม่ดื่ม	172	78.2
เคยดื่ม	38	17.3
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน		
($\bar{X}$ = 10.25, S.D. = 7.11, max = 32, min = 1)		
1 – 5 ปี	67	30.5
6 – 10 ปี	61	27.7
11 – 15 ปี	44	20.0
16 – 20 ปี	15	6.8
มากกว่า 20 ปี	23	10.5
มากกว่า 30 ปี	10	4.5
Systolic blood pressure		
($\bar{X}$ = 135.51, S.D. = 16.64, max = 189, min = 95)		
90 – 119 mmHg	29	13.2
120 – 129 mmHg	56	25.5
130 – 139 mmHg	42	19.1
140 mmHg ขึ้นไป	93	42.3
Diastolic blood pressure		
($\bar{X}$ = 75.10, S.D. = 10.66, max = 105, min = 51)		
น้อยกว่า 60 mmHg	20	9.1
60 – 79 mmHg	121	55.0
80 – 89 mmHg	64	29.1
90 mmHg ขึ้นไป	15	6.8
ยารับประทาน		
Metformin	188	85.5
Glipizide	139	63.2
Pioglitazone	19	8.6



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ยาฉีด		
Mix trad	28	12.7
NPH	5	2.3
ไม่มียาฉีด	187	85.0
โรคร่วม		
มีโรคร่วม	199	90.5
- โรคความดันโลหิตสูง	172	78.2
- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	11	5.0
- ภาวะไขมันในเลือดสูง	111	50.5
- โรคทางจิตเวช	4	1.8
- โรคหลอดเลือดสมอง	6	2.7
- หอบหืด	3	1.4
- ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	3	1.4
- โรคเกาต์	4	1.8
- ไทรอยด์เป็นพิษ	1	0.5
- ตับแข็ง	1	0.5
- โรคหัวใจล้มเหลว	1	0.5
- ภาวะซีด	1	0.5
ไม่มีโรคร่วม	21	9.5
Creatinine ($\bar{X}$ = 0.97, S.D. = 0.76, max = 9.40, min = 0.40)		
น้อยกว่า 0.6 mg%	41	18.6
0.6 – 1.1 mg%	140	63.6
มากกว่า 1.1 mg%	39	17.7
GFR ($\bar{X}$ = 80.04, S.D. = 26.09, max = 122.45, min = 9.46)		
น้อยกว่า 15	1	0.5
15 – 29	9	4.1
30 – 59	43	19.5
60 – 90	76	34.5
มากกว่า 90	91	41.4
HDL ($\bar{X}$ = 52.29, S.D. = 12.02, max = 94, min = 20)		
น้อยกว่า 40 mg/dL	32	14.5
40 – 60 mg/dL	141	64.1
มากกว่า 60 mg/dL	47	21.4



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
FBS ($\bar{X}$ = 161.75, S.D. = 55.18, max = 374, min = 49)		
น้อยกว่า 70 mg/dL	1	0.5
70 – 100 mg/dL	13	5.9
101 – 125 mg/dL	42	19.1
มากกว่า 125 mg/dL	164	74.5
HbA1C ($\bar{X}$ = 7.85, S.D. = 1.48, max = 12.46, min = 4.96)		
น้อยกว่า 5.7%	11	5.0
5.7 – 6.4	36	16.4
มากกว่า 6.4	173	78.6
Urine protein		
ไม่มี	172	78.2
เล็กน้อย	13	5.9
1+	25	11.4
2+	4	1.8
3+	4	1.8
4+	2	0.9
ภาวะแทรกซ้อนทางไต		
มี	72	32.7
ไม่มี	148	67.3

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ อายุ ค่า P-value < .001 ซึ่งน้อยกว่า .05 ซึ่งหมายความว่า อายุกับภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาชีพ มีค่า P-value < .001 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 ซึ่งหมายความว่า อาชีพกับภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยด้านรสชาติอาหาร โดยเฉพาะรสจืด มีค่า P-value = 0.015 ซึ่งน้อยกว่า 0.05 ซึ่งหมายความว่า การรับประทานอาหารรสจืดกับภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา BMI ประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์กับภาวะแทรกซ้อนทางไต

ปัจจัยส่วนบุคคล	มีภาวะแทรกซ้อนทางไต		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต		χ^2	P- value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
อายุ						
30 – 39 ปี	1	0.45	4	1.82	23.762	<.001*
40 – 49 ปี	2	0.91	15	6.82		
50 – 59 ปี	14	6.36	49	22.27		
60 – 69 ปี	17	7.73	48	21.82		
70 – 79 ปี	25	11.36	24	10.91		
80 – 89 ปี	13	5.91	8	3.64		
เพศ					.089	.765
ชาย	20	9.09	44	20.00		
หญิง	52	23.64	104	47.27		
อาชีพ					24.286	<.001*
ไม่ประกอบอาชีพ	37	16.82	29	13.18		
ทำสวน เกษตรกรรม	25	11.36	82	37.27		
ค้าขาย	4	1.82	17	7.73		
รับจ้าง, ลูกจ้าง	6	2.73	17	7.73		
ข้าราชการ	0	0.00	3	1.36		
ระดับการศึกษา					5.058	.281
ประถมศึกษา	54	24.55	91	41.36		
มัธยมศึกษา	11	5.00	38	17.27		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	4	1.82	7	3.18		
ปริญญาตรี	3	1.36	11	5.00		
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	1	0.45		
สถานภาพ					3.783	.151
โสด	5	2.27	5	2.27		
สมรส	48	21.82	116	52.73		
หม้าย/แยกกันอยู่	19	8.64	27	12.27		
ญาติสายตรงเป็นเบาหวาน					1.155	.282
มี	48	21.82	109	49.55		
ไม่มี	24	10.91	39	17.73		



ปัจจัยส่วนบุคคล	มีภาวะแทรกซ้อนทางไต		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต		χ^2	P- value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
BMI					1.827	.768
น้อยกว่า 18.5	0	0.00	3	1.36		
18.5 – 22.9	15	6.82	30	13.64		
23.0 - 24.9	13	5.91	26	11.82		
25.0 – 29.9	29	13.18	54	24.55		
30 ขึ้นไป	15	6.82	35	15.91		
จำนวนมื้ออาหารต่อวัน					0.138	0.933
1 มื้อต่อวัน	3	1.36	7	3.18		
2 มื้อต่อวัน	29	13.18	56	25.45		
มากกว่า 3 มื้อต่อวัน	40	18.18	85	38.64		
รสชาติอาหาร						
รสจืด	57	25.91	93	42.27	5.953	.015*
รสหวาน	5	2.27	20	9.09	2.075	.150
รสเผ็ด	12	5.45	36	16.36	1.665	.197
รสเปรี้ยว	14	6.36	42	19.09	2.037	.153
รสเค็ม	10	4.55	20	9.09	0.006	.939
การออกกำลังกาย					0.049	.976
ไม่ออกกำลังกาย	26	11.82	52	23.64		
เป็นครั้งคราว	18	8.18	39	17.73		
เป็นประจำ	28	12.73	57	25.91		
การสูบบุหรี่					2.251	.325
สูบ	59	26.82	110	50.00		
ไม่สูบ	5	2.27	20	9.09		
เคยสูบ	8	3.64	18	8.18		
การดื่มสุรา					2.652	.266
ดื่ม	57	25.91	115	52.27		
ไม่ดื่ม	1	0.45	9	4.09		
เคยดื่ม	14	6.36	24	10.91		

*p-value < .05



ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะแทรกซ้อนทางไต

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้แก่ ระยะเวลาเป็นเบาหวาน, ยาฉีด, Creatinine, GFR, FBS, HbA1C และ Urine protein ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านลักษณะของโรคและการเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน การใช้ยา รักษาโรคเบาหวาน ระดับความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ไขมันรวม ผลตรวจทางห้อง BUN Cr HDL และระดับน้ำตาล ในเลือดกับภาวะแทรกซ้อนทางไต

ปัจจัยส่วนบุคคล	มีภาวะแทรกซ้อนทางไต		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต		χ^2	P- value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน					42.522	<.001*
1 – 5 ปี	18	8.18	49	22.27		
6 – 10 ปี	7	3.18	54	24.55		
11 – 15 ปี	14	6.36	30	13.64		
16 – 20 ปี	10	4.55	5	2.27		
มากกว่า 20 ปี	17	7.73	6	2.73		
มากกว่า 30 ปี	6	2.73	4	1.82		
Systolic blood pressure					11.160	.011*
90 – 119 mmHg	14	6.36	15	6.82		
120 – 129 mmHg	11	5.00	45	20.45		
130 – 139 mmHg	10	4.55	32	14.55		
140 mmHg ขึ้นไป	37	16.82	56	25.45		
Diastolic blood pressure					3.214	.360
น้อยกว่า 60 mmHg						
60 – 79 mmHg	9	4.09	11	5.00		
80 – 89 mmHg	37	16.82	84	38.18		
90 mmHg ขึ้นไป	19	8.64	45	20.45		
	7	3.18	8	3.64		
ยารับประทาน					3.539	.060
มียารับประทาน	49	22.27	139	63.18		
- Metformin	39	17.73	100	45.45		
- Glipizide	9	4.09	10	4.55		
- Pioglitazone	66	30.00	144	65.45		



ปัจจัยส่วนบุคคล	มีภาวะแทรกซ้อนทางไต		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต		χ^2	P- value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ไม่มีมารับประทาน						
ยาฉีด					14.712	.001*
Mix trad	16	7.27	12	5.45		
NPH	4	1.82	1	0.45		
ไม่มียาฉีด	52	23.64	135	61.36		
โรคร่วม					0.839	.360
มีโรคร่วม	67	30.45	132	60.00		
- โรคความดันโลหิตสูง	61	27.73	111	50.45		
- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	6	2.73	5	2.27		
- ภาวะไขมันในเลือดสูง	40	18.18	71	32.27		
- โรคทางจิตเวช	1	0.45	3	1.36		
- โรคหลอดเลือดสมอง	1	0.45	5	2.27		
- หอบหืด	2	0.91	1	0.45		
- ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี	1	0.45	2	0.91		
- โรคเก๊าท์	3	1.36	1	0.45		
- ไทรอยด์เป็นพิษ	0	0.00	1	0.45		
- ตับแข็ง	1	0.45	1	0.45		
- โรคหัวใจล้มเหลว	1	0.45	0	0.00		
- ภาวะซีด	1	0.45	0	0.00		
ไม่มีโรคร่วม	5	2.27	16	7.27		
Creatinine					60.075	<.001*
น้อยกว่า 0.6 mg%	5	2.27	36	16.36		
0.6 – 1.1 mg%	34	15.45	106	48.18		
มากกว่า 1.1 mg%	33	15.00	6	2.73		
GFR					127.971	<.001*
น้อยกว่า 15	1	0.45	0	0.00		
15 – 29	9	4.09	0	0.00		
30 – 59	41	18.64	2	0.91		
60 – 90	10	4.55	66	30.00		
มากกว่า 90	11	5.00	80	36.36		



ปัจจัยส่วนบุคคล	มีภาวะแทรกซ้อนทางไต		ไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต		χ^2	P- value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
HDL					5.203	.074
น้อยกว่า 40 mg/dL	16	7.27	16	7.27		
40 – 60 mg/dL	41	18.64	100	45.45		
มากกว่า 60 mg/dL	15	6.82	32	14.55		
FBS					12.104	.007*
น้อยกว่า 70 mg/dL	1	0.45	0	0.00		
70 – 100 mg/dL	9	4.09	4	1.82		
101 – 125 mg/dL	16	7.27	26	11.82		
มากกว่า 125 mg/dL	46	20.91	118	53.64		
HbA1C					19.484	<.001*
น้อยกว่า 5.7%	10	4.55	1	0.45		
5.7 – 6.4	14	6.36	22	10.00		
มากกว่าหรือเท่ากับ 6.5	48	21.82	125	56.82		

*p-value < .05

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอพิบูล จัหวัด นครศรีธรรมราช ได้แก่

อายุกับภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า อายุ 70-79 ปีมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และคณะ (2563) ซึ่งพบว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต อายุที่เพิ่มขึ้น พยาธิสภาพของหลอดเลือดทั่วร่างกายย่อมมีความเสื่อมลงปีละ 1% มีผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้แก่ ไต ตาและระบบประสาทที่เท้าลดลงซึ่งจะส่งเสริมให้หลอดเลือดแดงเสื่อมและเนื้อไตเสื่อมสภาพลงไม่สามารถกรองของเสียออกทางปัสสาวะได้ จึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตกมล ศรีชมพูและเบญจา มุกตพันธุ์ (2562), สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และคณะ (2563), ณัฐณิชา สอนรัมย์, จุฑาธิป ศีลบุตร, ชูเกียรติ วิวัฒน์ วงศ์เกษม และคณะ (2566) และรัตนพร สุวานิช, ลดา เลยหยุด, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ และคณะ (2565)

อาชีพกับภาวะแทรกซ้อนทางไตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า อาชีพส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือไม่ประกอบอาชีพ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 70-79 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของคณินุช แจ่มพรมมา และพัทธนันท์ คงทอง (2561) กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีอายุอยู่ระหว่าง 39-90 ปี โดยส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 55.79



ปัจจัยด้านรสชาติอาหาร โดยเฉพาะรสจืดมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเพิ่มเติม พบว่า ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารจืด เป็นผลจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โดยรับประทานอาหารเช้าเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Shi และคณะ (2022) พบว่า การรับประทานอาหารเช้าที่มีเกลือ (โซเดียม) ต่ำ ทำให้ผลลัพธ์ความเสี่ยงโดยรวมของไตลดลง 28% (RR: 0.72; 95% CI: 0.58-0.89) การที่ร่างกายได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงทำให้มีผลกระทบโดยตรงต่อไตซึ่งไตเป็นอวัยวะหลักที่ทำหน้าที่กำจัดโซเดียม โดยทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นจากการทำงานหนักและโปรตีนรั่วในปัสสาวะและความเสี่ยงนั้นจะคงอยู่ตลอดไป แม้จะมีการลดปริมาณโซเดียมลงในภายหลัง นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตสูงก็เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้ไตเสื่อมด้วยซึ่งล้วนแต่มีสาเหตุจากการได้รับเกลือและโซเดียมปริมาณสูง และมีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งมีความบกพร่องของการทำงานของอินซูลินนั้น การลดปริมาณ การบริโภคเกลือโซเดียมลง มีผลต่อการเพิ่มระดับการทำงานของอินซูลินดีขึ้น ส่งผลให้ควบคุมโรคเบาหวานได้ดียิ่งขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2559)

- ระยะเวลาการเป็นเบาหวานความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไต จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากกว่า 20 ปี มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก 7.48 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระยะเวลาเป็นเบาหวานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วัลภา คุณทรงเกียรติ และคณะ, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตกมล ศรีชมพูและเบญจามุกตพันธุ์ (2562) , ญัฐนิชา สอนรัมย์, จุฑาธิป ศีลบุตร, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม และคณะ (2566) และรัตนพร สุวานิช, ลดา เลยหยุด, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์ และคณะ (2565) ที่พบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวานที่นาน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งนี้เนื่องจากทำให้หลอดเลือดและเนื้อไตเสื่อมสภาพลงไม่สามารถกรองของเสียออกทางปัสสาวะได้ จึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้

- ยาฉีดความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากการที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีด มีโอกาสควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย ยารับประทานเป็น 2.102 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะได้รับยาฉีดอินซูลินเมื่อระยะเวลาของการเป็นโรคยาวนานขึ้น การทำงานของเบต้าเซลล์ในตับอ่อนลดลง หรือโรคก้าวหน้าขึ้นจนควบคุมโรคไม่ได้ เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อไตเสื่อม จึงต้องฉีดอินซูลินเพื่อทดแทนอินซูลินที่ร่างกายสร้างไม่เพียงพอ เพื่อให้ควบคุมระดับน้ำตาลตามที่ต้องการได้ (อรพินท์ สีขาว, รัชณี นามจันทร์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2556)

- Creatinine มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งการทำงานของไตที่มีการเพิ่มขึ้นของครีเอตินินในเลือดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายประมาณ 1.5 เท่า และเช่นเดียวกับการทำงานของไตลดลงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (คันสนีย์ เขาวนเกตุ, 2564) เช่นเดียวกันกับ ระดับ GFR ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- FBS และ HbA1C มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 HbA1C เป็นฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลจับอยู่อย่างถาวรที่ N-terminate Valine ของสาย Beta-Globin หนึ่งหรือทั้งสองสายบอกถึงค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา มีประโยชน์ในการติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด



ของผู้ป่วยเบาหวาน บ่งบอกถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้ หากระดับ HbA1C >7% มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน เนื่องจากเมื่อระดับ HbA1C สูงขึ้น จะทำให้เกิดการสร้าง glucose transporters เพิ่มขึ้น และนำน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่เซลล์ ทำให้การทำงานของไตลดลงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ (Prabhakar, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ จรุณ บุญธานนท์ (2566) พบว่า ระดับ FBS มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ (OR 2.95, 95%CI 1.23-7.07, $p=0.015$) ซึ่งค่าอัตราการกรองของไตที่ลดลง

หากตรวจพบว่าค่า FBS และ HbA1C สูง บ่งบอกถึงระดับน้ำตาลในเลือดมีปริมาณสูงเป็นเวลานานติดต่อกัน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น มีผลกระทบต่อภาวะเส้นเลือดที่ไต ทำให้การทำงานของไตผิดปกติ เกิดไตวาย เพราะไตเป็นอวัยวะที่สำคัญมีหน้าที่ในการกรองของเสียออกจากเลือด และขับถ่ายของเสียในรูปของปัสสาวะ ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดภาวะผิดปกติของหลอดเลือดที่ไปยังไต ทำให้การทำงานของไตไม่สามารถกรองของเสียได้ มีของเสียคั่งค้างในร่างกาย ส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตสูง และหากไม่ได้รับการแก้ไขหรือไม่ได้รับการควบคุมอย่างเข้มงวด จะส่งผลให้เกิด ภาวะไตเสื่อมได้อย่างรวดเร็ว

นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัย การมีโรคร่วม ระยะเวลากการป่วย ระดับ HbA1c และระดับ creatinine สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์ (2564) พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเกิดไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีจำนวน 8 ตัว จากทั้งหมด 13 ตัว ได้แก่ BMI ปกติ (น้อยกว่า 23 Kg/m²) เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 1.19 เท่า HbA1c ปกติ (<7%) เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 1.13 เท่า รอบเอวปกติ (<80-90 เซนติเมตร) เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.74 เท่า Cholesterol total ปกติ (<200 me/dl) เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.55 เท่า มีโรคร่วมน้อยกว่า 3 โรค เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.45 เท่า ระยะเวลากการป่วยต่ำกว่า 10 ปี เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.40 เท่า กลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.24 เท่า Serum creatinine ต่ำกว่าเกณฑ์ (<0.5 me/dl) เสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรังน้อยกว่า 0.17 เท่า

ผลจากการศึกษาการติดตามผลทางห้องปฏิบัติการโดยใช้ค่า eGFR ในการติดตามประเมินระยะการป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเสี่ยงและผู้ที่ให้บริการสุขภาพสามารถวางแผนการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานหรือโรคเบาหวานร่วมกับความดันโลหิตสูงควรได้รับการตรวจคัดกรองระดับ Creatinine ระดับ GFR ระดับ FBS ระดับ HbA1C และระดับ Urine protein ตั้งแต่เริ่มต้นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานโดยการตรวจปัสสาวะใน 24 ชั่วโมงหรือ Urine protein /creatinine ratio อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการเสื่อมหน้าที่ของไตในระยะแรกเพื่อให้คำแนะนำในการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตตรงตามสาเหตุเป็นรายบุคคล



2. บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มี Systolic blood pressure สูงกว่า 140 มม.ปรอท หรือตรวจค่าโปรตีนในปัสสาวะ

3. ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท

4. ควรมีการสนับสนุนส่งเสริมในการเรื่องอาหาร เช่น ลดเค็ม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือการส่งเสริมสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องประกอบการจัดการตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2559). *ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559-2568*. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1685220250304022652.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์
- ขวัญชนก ศิริวัฒนกาญจน์. (2564). ปัจจัยทำนายผลกระทบต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดอุดรธานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 6(2), 40-47. สืบค้น จาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/874>
- คะนิงนุช แจ่มพรมมา และพัทธนันท์ คงทอง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 10(19), 1-13. สืบค้นจาก <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/swujournal/article/view/140495>
- งานสถิติโรงพยาบาลพิบูล. *สถิติโรงพยาบาลพิบูล*. โรงพยาบาลพิบูล; 2565.
- จรรยา บุญธานนท์. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-4 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 17(1), 13-27. สืบค้น จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/259791>
- จิรวรรณ สีสื่อ. (2562). ความชุกของโรคไตวานเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการทำงานของไตลดลงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองร่องซ้อ จังหวัดแพร่. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 27(2), 1-15. สืบค้นจาก <https://thaidj.org/index.php/jpoph/article/view/10448>



- ชิตกมล ศรีชมพูและเบญจา มุกตพันธุ์. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลมหาชุนชัย จังหวัดยโสธร. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(2), 62-72. สืบค้น จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/145066>
- ณัฐธิดา สอนรัมย์, จุฑาธิป ศีลบุตร, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, และปรารณา สถิตวิภาวี. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 16(4), 159-170. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/264656>
- รัตนพร สุวานิช, ลดา เลยหยุด, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์และเจษฎา สุรวรรณ. (2565). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยีน จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 4(2), 163-176. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jkkpho/article/view/259829>
- คันสนีย์ เขาวนเกตุ. (2564). อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(3), 76-84. สืบค้นจาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/253031>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). *สถิติเบาหวาน จาก IDF*. สืบค้นจาก <https://www.dmthai.org/new/index.php/sara-khwam-ru/the-chart/the-chart-1/sthiti-bea-hwan-cak-idf>.
- สายฝน ม่วงคุ่ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ปณิชา พลพินิจ, วิภา วิเสโส, ชุติมา ฉันทมิตรโอภาส, และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 74-84. สืบค้นจาก <https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/nursing/article/view/6954>
- สุวรรณ เพ็ชร. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสการเกิดภาวะไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลชุมชนบ้านนา จังหวัดนครนายก. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์*, 15(1), 37-42. สืบค้นจาก <https://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/12053>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2566). *โรงพยาบาลพิปูน*. สืบค้นจาก <https://phipunpho.go.th/index.php?p=organization>
- อรพินท์ สีขาว, รัชนิ นามจันทร์ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลหัวเฉียว. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 34-49. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/15798>
- Anderson, C. (2010). Presenting and Evaluating Qualitative Research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 74, 141. Retrieved from <https://doi.org/10.5688/aj7408141>
- Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic Press, New York, 101-105.



International Diabetes Federation. (2019). *IDF Diabetes Atlas*. 9th Edition, Brussels.

<https://www.diabetesatlas.org>

Prabhakar S. S. (2004). Role of nitric oxide in diabetic nephropathy. *Seminars in nephrology*, 24(4), 333–344. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2004.04.005>

Shi, H., Su, X., Li, C., Guo, W., & Wang, L. (2022). Effect of a low-salt diet on chronic kidney disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 12(1), e050843.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050843>

World Health Organization. (2024). *Diabetes*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.



การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ณัฏพนงค์ พิรภักพงศ์^{1*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(วันที่รับบทความ: 15 สิงหาคม 2568 ; วันที่แก้ไข: 17 ธันวาคม 2568 ; วันที่ตอบรับ: 18 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ทำการศึกษาระหว่างตุลาคม 2565 - กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) ภาคีเครือข่ายสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ 24 คน 2) อสม./CG 325 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ 3) ภาคีเครือข่าย 182 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และ 4) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 147 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.84, 0.93 และ 0.95 ตามลำดับ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่พัฒนาขึ้นมีการดำเนินงานด้วย CO-CARING Model 8 องค์ประกอบ คือ 1) ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม 2) หน่วยงานต่างๆ ร่วมจัดบริการ 3) แผนการดูแลรายบุคคล 4) กระตุ้นการมีส่วนร่วม 5) สนับสนุนทรัพยากร 6) บูรณาการบริการ 7) มีระบบสื่อสาร และ 8) กำกับ ติดตาม และประเมินผล พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการกำหนดเป้าหมาย และมาตรการร่วมกัน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากกองทุนประกันสุขภาพท้องถิ่นให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลเบื้องต้นชี้ให้เห็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, การดูแลสุขภาพระยะยาว, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ณัฏพนงค์ พิรภักพงศ์; natnapong.peerapakapong@gmail.com



The Development of a Long-term Care Model for the Dependent Elderly with Network Partners' Participation in Si Racha District, Chon Buri Province

Natnapong Peerapakapong ^{1*}

¹ Chonburi Provincial Public Health Office

(Received: 15 August 2025 ; Revised: 17 December 2025 ; Accepted: 18 December 2025)

Abstract

This action research aimed to develop a long term care model for the dependent elderly with network partners' participation in Si Racha district, Chon Buri province. It was conducted from October 2022 to September 2024. Participants came from four groups of stakeholders, including 1) Network Partners (24 people for qualitative data); 2) Village health volunteers / Caregivers (325 people via stratified random sampling); 3) Network Partners (182 people stratified random sampling); and 4) Dependent elderly (147 people purposive sampling). Quantitative data was collected via a quality-of-life assessment, a health literacy questionnaire, and a participation questionnaire. The reliability of the research Instruments was verified through reliability with Cronbach's alpha coefficients, which were 0.84, 0.93 and 0.95, respectively. Qualitative data was collected via in-depth interviews and focus group discussions. Data analysis was performed using descriptive statistics, including frequencies, percentages, means, and standard deviations. The effectiveness of the developed model was assessed using paired t-tests at the 0.05 significance level. Content analysis was used to examine the qualitative data.

The results showed that the developed model was implemented using the CO-CARING model, which consists of 8 elements; 1) Community Engagement; 2) Organization Collaboration; 3) Care Planning; 4) Active Participation; 5) Resource Sharing; 6) Integration of Services; 7) Networking & Communication; and 8) Governance & Evaluation. The quality of life for the dependent elderly, the overall level of network partners participation, health literacy, and long term care for the dependent elderly were significantly higher after the development and participation in the long-term care model that was developed (p -value <0.001). Therefore, the network partners' participation in setting common goals and measures helped to improve the dependent elderly's quality of life. The dependent elderly being taken care of by local health insurance funds to receive services according to the benefit package. The elderly and relatives received care for physical, mental, emotional, and first aid. Additionally, participants were satisfied with the existing long-term care system for dependent elderly in Si Racha district, Chon Buri province.

Keywords: The dependent elderly, Long term care, Network partners participation

***Corresponding author:** Natnapong Peerapakapong; E-mail natnapong.peerapakapong@gmail.com



บทนำ

สถานการณ์ในประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 และก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา (กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, 2564) ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เพิ่มขึ้นทุกปี ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ด้านสาธารณสุขมีจุดเน้นพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยสูงอายุที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบดูแลและเฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั่วประเทศ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) ตั้งแต่ปี 2559 เป็นต้นมาที่รัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีเป้าหมายสำคัญ คือ ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง สนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับการดูแล ซึ่งปัจจุบันพบว่าร้อยละกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงลดลง แต่ยังคงต้องให้ความสำคัญด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 ประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 7,229,001 คน พบว่า เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.90 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.09 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

การเพิ่มอย่างรวดเร็วของส่งผลกระทบต่อสวัสดิการที่รัฐควรจัดให้ ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลและเฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการและผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้เข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกล่าวถึงข้อจำกัดและโอกาสของการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ดังนี้ 1) การดูแลโดยครอบครัว และ 2) การดูแลโดยชุมชน แต่ยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรโดยเฉพาะสังคมกึ่งเมืองและชนบทผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีความพิการ ทุกพลภาพ ในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยติดเตียงประมาณ 1 ใน 5 มีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านน้อยถึงน้อยที่สุด ในบางครั้งการได้รับบริการที่ไม่ตรงตามความต้องการ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้การสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ, 2567) 3) คุณภาพของสถานบริการและผู้รับจ้างดูแลที่บ้านภาวะพึ่งพิงระดับสูง ไม่สามารถดูแลได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องมีระบบการดูแลในสถาบันรองรับอย่างเหมาะสม ยังขาดการกำกับและควบคุมคุณภาพการประกอบกิจการ 4) การพัฒนาการดูแลระยะกลาง ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามการให้บริการยังคงเน้นการดูแลแบบเฉียบพลันเป็นหลัก ซึ่งเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันยังมีช่องว่างในการให้บริการ หลักการในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต้องคำนึงถึง สิทธิ คุณค่าศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนควรมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการสนับสนุนด้านงบประมาณ การบริการสังคมและองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้แก่ชุมชนและครอบครัว รวมทั้งมาตรฐานในการจัดบริการสำหรับดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงและต่อเนื่องของระบบบริการ (สุธิดา แจ่มประจักษ์, 2566)



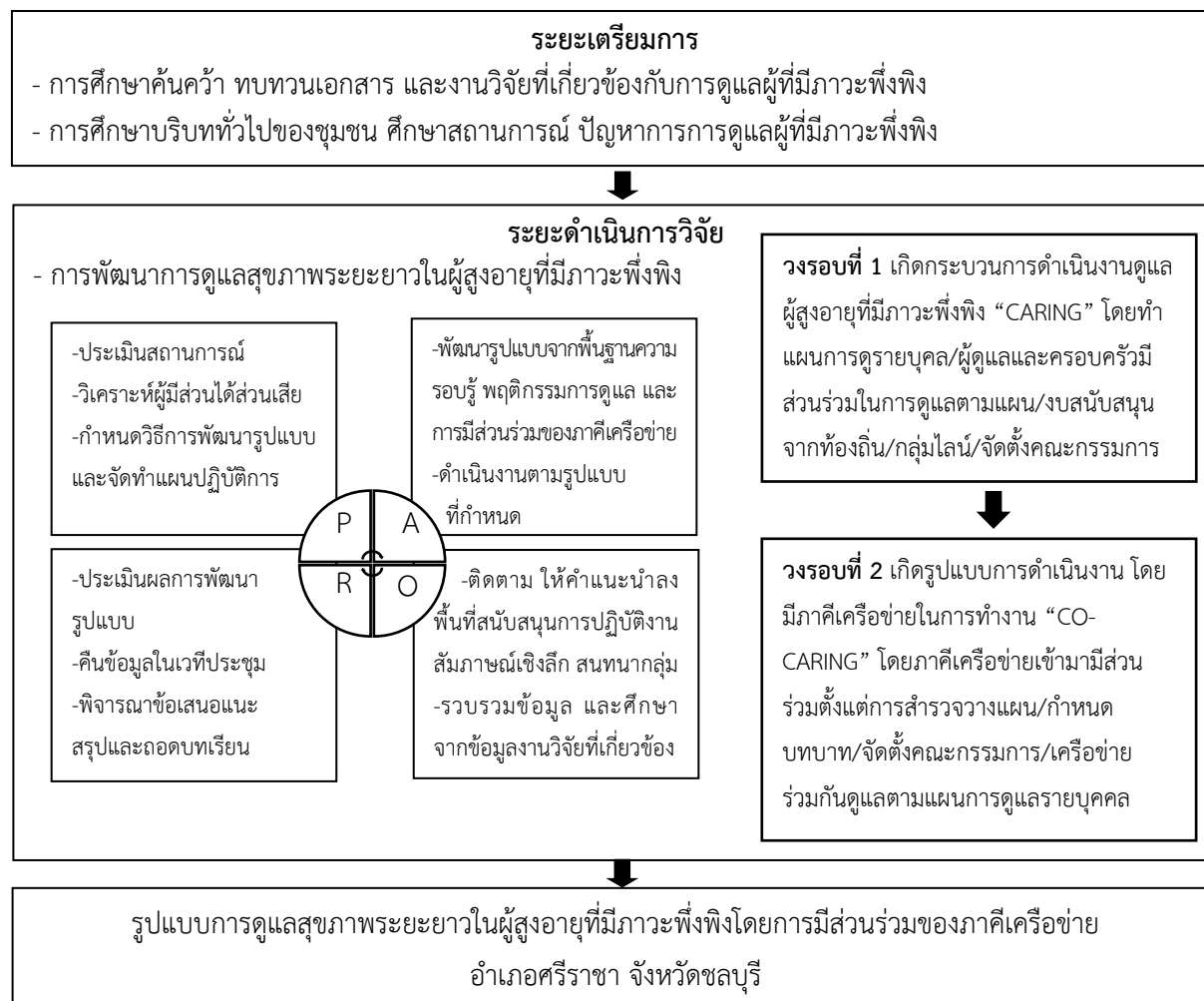
เขตสุขภาพที่ 6 มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในปี 2565 ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 99.62 ได้รับการดูแลและจัดทำ Care plan ปีงบประมาณ 2561 – 2565 (ยอดสะสม) 10,346 คน ร้อยละ 87.37 และการดำเนินงานในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โดยจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.51 จากการคัดกรอง ADL พบว่า มีกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 2.49 ซึ่งร้อยละ 100.00 ผ่านเกณฑ์ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ร้อยละ 73.80 ของประชากรผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 100.00 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 97.62 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้ม ได้รับการดูแลรักษา และอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 235 คน การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ 1) คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) เยี่ยมบ้านตามรอบของ อสม. 3) รายงานผลไปยัง รพ.สต. และ 4) ให้บริการเฉพาะในรายมีปัญหา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2565) อย่างไรก็ตามในการดำเนินงานยังพบช่องว่างในการประสานงาน บางส่วนไม่ได้รับการดูแลหรือไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าบางพื้นที่ยังขาดความตระหนักด้านสาธารณสุข บุคลากรขาดความสนใจในสภาพปัญหาและการเริ่มต้นจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยภาคีเครือข่ายเป็นผู้ดำเนินการและการมีส่วนร่วมของทุกขั้นตอนเป็นการพัฒนาศักยภาพ สร้างเสริมให้เกิดความเข้มแข็ง ความยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับพื้นที่ และสอดคล้องกับนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่ม อันจะเกิดประโยชน์ต่อประชาชนและการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด (Kemmis & McTaggart, 1988) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2567

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน



ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดการมีส่วนร่วม PAOR ของ Kemmis & McTaggart (1988) 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Plan) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection)

ประชากร คือ ภาศิเครือข่ายสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager : CM) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอสรรคบุรี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรคบุรี เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลแหลมฉบัง ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอสรรคบุรี ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้นำชุมชน จำนวนผู้ใหญ่นับรวมทั้งสิ้นจำนวน 2,440 คน

กลุ่มตัวอย่าง ภาศิเครือข่ายสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ 24 คน เลือกแบบเจาะจงสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยินดีให้ข้อมูลตรงไปตรงมาและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย 3) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างชัดเจน

เกณฑ์การคัดออก 1) ขอลอนตัวและไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด มีดังนี้

1. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ โดยประเด็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชลบุรี รายละเอียดด้านความคิด (Exploring Opinions) คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสรรคบุรี จังหวัดชลบุรี คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อความเหมาะสม ความครอบคลุม ความชัดเจน และข้อคำถามสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาศิเครือข่าย

ประชากร ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) อสม./CG จำนวน 2,096 คน 2) ภาศิเครือข่าย จำนวน 344 คน และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 235 คน



กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010) 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

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 อสม./CG 325 คน ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหน่วยบริการ

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{2096 \times 1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(2096-1)+1.960^2 \times 0.5(1-0.5)} \\ n &= 324.78 \end{aligned}$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 325 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า : 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่ปฏิบัติงานในอำเภอสรรพยา จังหวัดชลบุรี 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก : 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำการวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 ภาศิเครือข่าย 182 คน ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010) สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ หาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละภาศิเครือข่าย

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{344 \times 1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(344-1)+1.960^2 \times 0.5(1-0.5)} \\ n &= 181.72 \end{aligned}$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 182 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า : 1) เป็นภาศิเครือข่ายที่ปฏิบัติงานในอำเภอสรรพยา จังหวัดชลบุรี 2) สามารถอ่านออกเขียนได้และสื่อสารกับผู้อื่นได้ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก : 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำการวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว



กลุ่มตัวอย่างที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 147 คน ได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Daniel (2010) เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง

$$\text{แทนค่า } n = \frac{235 \times 1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2(235-1) + 1.960^2 \times 0.5(1-0.5)}$$

$$n = 146.04$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 147 ตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเข้า : 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในอำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก : 1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทําวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด มีดังนี้

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาการเป็น อสม. อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี และ 8) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารและแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน และการดูแลสิ่งแวดล้อมและการประสานงาน จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ มีการดูแลน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีการดูแลปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีการดูแลมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้ตอบคำถามได้อย่างอิสระ

2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7) ระยะเวลาการเป็น อสม. อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี และ 8) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายด้านการวางแผนการดำเนินกิจกรรม การตัดสินใจ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การประเมินผล และการรับผลประโยชน์ จำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ มีส่วนร่วมน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) มีส่วนร่วมปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มีส่วนร่วมมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพเดิม ระยะเวลาที่อาศัยอยู่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545) มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (ไม่เลย, เล็กน้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 - 60 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตปานกลาง (61 - 95 คะแนน) การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (96 - 130 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน โดยแบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2545) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามการมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.95 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วเท่านั้น มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ซึ่งรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการ เพื่อศึกษา

ศึกษาบริบทชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนรวมถึงการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมและประสานงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และนัดหมายการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 2 วงรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน



1) การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาสภาพการณ์มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานจากการสอบถามและการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นรูปแบบเดิมการดำเนินการในชุมชน สรุปข้อมูลเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบ

2) กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม และวางแผนงานโครงการ รูปแบบที่พัฒนาจะเน้นการเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการตามโครงสร้าง นำปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวมาสร้างกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทจริง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ/กิจกรรมที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1 โดยประชาสัมพันธ์ในชุมชน พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล ระบบติดตามการปฏิบัติงาน การจัดระบบการประเมิน และติดตามผลการดำเนินงาน ใช้ระยะเวลา 3 เดือน ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้ 1. การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ 2. กำหนดบทบาทหน้าที่ 3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล 4. การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (CG) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้สูงอายุ และ 5. ภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นขั้นตอนการนิเทศ ติดตาม ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการปฏิบัติงาน รวบรวมข้อมูลจากการสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ในขั้นตอนนี้ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมา กำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

ระยะที่ 3 หลังการดำเนินการวิจัย เป็นขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา และกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรอบรู้ ระดับพฤติกรรมในการดูแล ระดับการมีส่วนร่วม และคุณภาพชีวิต ใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม



จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อ อันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการ คือ PH_CCOCREC 015/2565 ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 11 พฤษภาคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบและผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1.1 การวางแผน (Plan) พบบริบทการดูแลสุขภาพพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีสภาพปัญหา ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมยารับประทานหรือยาฉีดประจำตัว การพาไปตรวจรักษาตามนัด และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางรายไม่มีผู้ดูแลในครอบครัวที่จะดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องอาศัยกลุ่มบุคคลอื่นมาช่วยดูแลเป็นระยะๆ ทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน และปัญหาด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ผู้ดูแลมีความเครียดและมีปัญหาด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัวได้ โดยมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาองค์ความรู้ ให้ครอบครัวทุกมิติแก่ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประชาชนทั่วไป รวมทั้งมีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน จากสภาพปัญหาจึงเป็นที่มาของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงผ่านกิจกรรมโครงการและแนวทางต่างๆ

1.2 การปฏิบัติการ (Action) เป็นการจัดกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ โดยใช้องค์ประกอบพื้นฐานจาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระยะยาว และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.73 (S.D. = 0.18) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ช่วยเหลือดูแลมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.58 (S.D. = 0.15) ระดับการดูแลสุขภาพพระยะยาวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.68 (S.D. = 0.25) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ค่าเฉลี่ย 51.38 (S.D. = 9.14) ทั้งนี้ในการดำเนินงานแม้มีการจัดตั้งคณะกรรมการฯ แต่บทบาทของบางภาคียังไม่เข้มแข็งและต่อเนื่อง มีข้อจำกัดในการเข้าถึงองค์ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การป้องกันโรคซ้ำซ้อน และการดูแลด้านจิตสังคม ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลายรายรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม อย่างไรก็ตามหากมีการเสริมความรู้และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง จะช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลสุขภาพพระยะยาวของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงให้ดียิ่งขึ้น

1.3 การสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการนิเทศ ติดตาม ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแก่ภาคีเครือข่าย นำรูปแบบไปสู่การปฏิบัติจริงในชุมชนโดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ในระหว่างการปฏิบัติงานมีการตรวจสอบ รวบรวมข้อมูล บันทึกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า การมี



ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบ หลังการพัฒนามีมากกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี (n=182)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	95%CI of MD	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.					
1.การวางแผน	1.51	0.28	น้อย	2.41	0.33	มาก	0.89	0.82-0.95	27.50	<0.001*
2.การตัดสินใจ	1.51	0.30	น้อย	2.34	0.32	มาก	0.83	0.76-0.89	24.89	<0.001*
3.การมีส่วนร่วม	1.89	0.49	ปานกลาง	2.41	0.33	มาก	0.52	0.43-0.60	12.55	<0.001*
4.การประเมินผล	1.77	0.39	ปานกลาง	2.41	0.33	มาก	0.64	0.55-0.72	15.42	<0.001*
5.การรับผลประโยชน์	1.98	0.51	ปานกลาง	2.54	0.26	มาก	0.56	0.47-0.64	13.26	<0.001*
ภาพรวม	1.73	0.18	ปานกลาง	2.42	0.20	มาก	0.69	0.64-0.72	33.74	<0.001*

*p-value < 0.05

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนสูงกว่าก่อนการพัฒนาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ช่วยเหลือดูแลในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี (n=325)

การดูแลสุขภาพระยะยาว	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	95%CI of MD	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.					
1.การเข้าถึงข้อมูล	1.62	0.30	น้อย	2.68	0.29	ปานกลาง	1.06	1.01-1.10	44.87	<0.001*
2.ความเข้าใจข้อมูล	1.53	0.26	ปานกลาง	2.67	0.32	มาก	1.15	1.10-1.19	48.75	<0.001*
3.การสื่อสารและแลกเปลี่ยนความรู้	1.55	0.28	น้อย	2.73	0.29	มาก	1.17	1.13-1.22	49.32	<0.001*
4.การตัดสินใจ	1.60	0.31	น้อย	2.74	0.25	มาก	1.14	1.10-1.18	50.80	<0.001*
5.การรู้เท่าทันสื่อ	1.60	0.29	น้อย	2.69	0.28	มาก	1.10	1.05-1.14	49.08	<0.001*
ภาพรวม	1.58	0.15	น้อย	2.70	0.21	มาก	1.12	1.09-1.15	73.45	<0.001*

*p-value < 0.05



การดูแลสุขภาพพระยาวัยในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) รูปแบบที่ดำเนินการช่วยเสริมสร้างศักยภาพให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและเป็นระบบ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ ทำงานเป็นทีม ทำให้รู้จักการประเมินความเสี่ยง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย และครอบครัวได้รับการช่วยเหลือมากขึ้น ทั้งคำแนะนำและการติดตามต่อเนื่อง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพพระยาวัยในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ($n=325$)

การดูแลสุขภาพ พระยาวัย	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	95%CI of MD	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.					
1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	1.56	0.30	น้อย	2.22	0.19	ปานกลาง	0.67	0.63-0.70	34.92	$< 0.001^*$
2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน	1.88	0.52	ปานกลาง	2.35	0.32	มาก	0.48	0.42-0.54	14.98	$< 0.001^*$
3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและ การประสานงาน	1.62	0.32	น้อย	2.69	0.28	มาก	1.07	1.03-1.12	45.08	$< 0.001^*$
ภาพรวม	1.68	0.25	น้อย	2.42	0.16	มาก	0.74	0.71-0.77	46.45	$< 0.001^*$

* p -value < 0.05

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ผลของการบูรณาการการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในครัวเรือน ผู้สูงอายุหลายรายให้ข้อมูลว่ามีความมั่นใจมากขึ้นในการดูแลตัวเอง ได้รับการเอาใจใส่มากขึ้นและผู้ช่วยเหลือดูแลได้เรียนรู้แนวทางการดูแลใหม่ๆ สามารถช่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ($n=147$)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการพัฒนา		แปลผล	หลังการพัฒนา		แปลผล	Mean Diff	95%CI of MD	t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		$\bar{X}$	S.D.					
1. สุขภาพกาย	13.97	2.90	ไม่ดี	22.88	1.96	ปานกลาง	8.92	8.36-9.48	31.26	$< 0.001^*$
2. จิตใจ	11.69	2.65	ไม่ดี	19.22	1.78	ปานกลาง	7.52	7.01-8.03	29.22	$< 0.001^*$
3. สัมพันธภาพทาง สังคม	6.13	1.75	ไม่ดี	9.61	1.02	ปานกลาง	3.48	3.15-3.80	21.17	$< 0.001^*$
4. สิ่งแวดล้อม	15.49	3.55	ไม่ดี	26.15	2.18	ปานกลาง	10.66	9.95-11.36	29.99	$< 0.001^*$
ภาพรวม	51.38	9.14	ไม่ดี	84.19	5.20	ปานกลาง	32.81	31.08-61.53	37.58	$< 0.001^*$

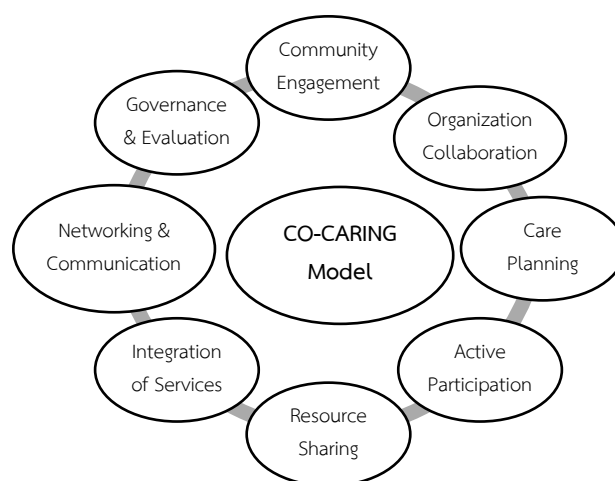
* p -value < 0.05



2. รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

จากการพัฒนาได้รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ด้วย CO-CARING Model ดังนี้

1. Community Engagement : ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ การวางแผน และการดำเนินงาน เช่น การจัดเวทีประชาคม การอบรม
2. Organization Collaboration : หน่วยงานต่างๆ ร่วมกันจัดบริการและกิจกรรม โดยกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน
3. Care Planning : มีการประชุมร่วมกันระหว่างภาคีเพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) โดยคำนึงถึงสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุแต่ละราย
4. Active Participation : ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและประเมินผลการดูแล เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ
5. Resource Sharing : ภาคีเครือข่ายช่วยสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์
6. Integration of Services : บูรณาการบริการ เช่น เยี่ยมบ้าน กายภาพบำบัด ฟันฟุจิตใจ
7. Networking & Communication : มีระบบสื่อสารระหว่างภาคีเครือข่ายเพื่อให้ข้อมูล และการใช้เทคโนโลยีสุขภาพ เช่น กลุ่มไลน์ การประชุมประจำเดือน แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ Telemedicine
8. Governance & Evaluation : มีคณะกรรมการดูแลร่วมจากทุกภาคีเครือข่าย ทำหน้าที่กำกับ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย



3. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม พบว่าปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี นั้นสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

3.1 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุข รวมถึงโรงพยาบาลในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตร Long - term care manager ตามมาตรฐานที่กำหนด เพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) และสนับสนุนการรับสมัครบุคคลเพื่อเข้ารับการอบรมตามหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ให้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ส่งผลให้มีอัตราส่วนของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (CM) ต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) มีความเหมาะสม สามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างครอบคลุม

3.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอศรีราชา และคณะกรรมการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอศรีราชา เพื่อเป็นศูนย์บริหารจัดการและบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี และประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพอำเภอศรีราชา เพื่อจัดตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อทำหน้าที่กำกับติดตามผลการดำเนินงานและพิจารณางบประมาณ ตามที่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอศรีราชา ได้เสนอขอของงบประมาณที่ใช้ในการบริหารจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

3.3 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (CG) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) และญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้เห็นความสำคัญ และร่วมกันเยี่ยมติดตามอาการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านเกิด ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน ได้รับการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลเบื้องต้น ทำให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองที่บ้านมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน มีความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี เป็นอย่างมาก

อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบและผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าการดำเนินงานได้รับการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และญาติผู้ดูแลให้การสนับสนุนการดำเนินการทุกขั้นตอน สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์ และคณะ (2562) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกครอบครัว ให้การดูแลกิจวัตรประจำวัน ส่วนการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้าน และการดูแลสุขภาพที่บ้าน รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเน้นการบูรณาการการดูแลในหลายมิติ โดยใช้ทรัพยากรและความ



เชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นระบบ ช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองความต้องการ อีกทั้งสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของให้กับทุกภาคส่วน ทำให้ตระหนักถึงบทบาทและความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแล

จากการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สอดคล้องกับการศึกษาของ นวรัตน์ บุญนาน และมาวิน ทับแสง (2563) พบว่าอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงสูงกว่าก่อนการฝึกอบรม และสอดคล้องกับ เมตตา ลิ้มปวราลัย (2563) พบว่า ภายหลังการใช้กระบวนการเพิ่มศักยภาพคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานของนักบริบาลชุมชนสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ศักยภาพของผู้ดูแลเป็นผลมาจากการฝึกอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ช่วยให้ผู้ดูแลในชุมชนมีความเข้าใจถึงสภาพและความต้องการ ตลอดจนสามารถวางแผนและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ สารรัมย์ (2565) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและการจัดกระบวนการดูแลอย่างเป็นระบบเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงในหลายมิติของผู้สูงอายุ ทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดำเนินการด้วย CO-CARING Model เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างชุมชน หน่วยงานด้านสุขภาพ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และมีคุณภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธพล เดชาติวนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร (2565) พบว่า รูปแบบการดูแล ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายในการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับจังหวัด อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การบริหารจัดการโดยใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการ 3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต (2564) ที่ พบว่า ระบบการดูแลได้แก่ 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่งตั้งคณะกรรมการ 2) ดำเนินโครงการตามกระบวนการที่กำหนด โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตามบทบาท 3) ทุกภาคส่วนร่วมกำกับ ติดตาม ประเมินผล และสนับสนุนการดำเนินงานทุกกิจกรรมตามบทบาท 4) ทุกภาคส่วนร่วมสรุปผลการดำเนินงาน และเสนอแนวทางเพื่อการพัฒนาต่อไป สะท้อนถึงแนวคิดการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ (Integrated Long-Term Care) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่เชื่อมโยงกัน จึงชี้ให้เห็นว่า CO-CARING Model เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวที่มีศักยภาพในการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีความแตกต่างและความเข้มข้น



ในการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ซึ่งช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืนมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลเดิมที่เน้นการดำเนินงานของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเพียงอย่างเดียว

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถนำผลการวิจัยเพื่อพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานในการเข้ารับการอบรมเพื่อปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขเพิ่ม เพื่อรองรับการจัดการระบบที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้มีการจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพของผู้จัดระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องทุกปี ใช้เป็นแนวทางการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ และส่งผลให้เกิดการจัดตั้งศูนย์ดูแลหรือศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษากระบวนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่ขยายการดูแลครอบคลุมทั้งผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสครอบคลุมทุกคน ทุกกลุ่มวัย ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และได้รับประโยชน์มากที่สุด และศึกษากลยุทธ์อื่นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้หาแนวทางในการลดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอศรีราชา โรงพยาบาลแหลมฉบัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีราชา ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอศรีราชา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอศรีราชา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และญาติ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC). สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ. 2560 – 2579. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. (2564). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย. สืบค้นจาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1/926>



- กัญญารัตน์ กัญยาภรณ์, จุติมา โกศลวิตร และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2562). รูปแบบการดูแลระยะยาวแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงอำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *มนุษยสัมพันธ์*, 7(1), 1-20.
- นวรรตน์ บุญนาน และมาวิน ทับแสง. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกำแพง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม*, 4(7), 166-179.
- ประเสริฐ สามีรัมย์. (2565). การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการพัฒนาความรู้ด้วยหลักสูตร “CG เชี่ยวชาญ” ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตอำเภอมืองบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 86-100.
- เมตตา ลิ้มปวราลัย. (2563). การพัฒนากระบวนการเพิ่มศักยภาพนักบริบาลชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 259-265.
- ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์*, 22(3), 63-80.
- ศศินันท์ สายแวว และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงขุดม จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 7(4), 197-212.
- สุธิดา แจ่มประจักษ์. (2566). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของประเทศไทย: มุมมองด้านนโยบาย. *วารสารมหานาครศาสตร์*, 10(5), 233-243.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2565). รายงานรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. (2567). คู่มือแนวทางทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) 70 ชั่วโมง ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. (2545). เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- Daniel, W. W. (2010). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (9th ed.). New York; John Wiley and Sons.
- Kemmis, S & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed.). Victoria; Deakin University.



ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของผู้สูงอายุ

อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

ธนิสสา รามฤทธิ์^{1*}, วันเพ็ญ สมหอม¹, นิติพล ทวีโคตร³ และน้ำทิพย์ ชาติมนตรี⁴

¹วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

³โรงพยาบาลห้วยใหญ่

⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบ้านห้วยคำ

(วันที่รับบทความ: 23 กรกฎาคม 2568 ; วันที่แก้ไข: 17 พฤศจิกายน 2568 ; วันที่ตอบรับ: 21 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรม ความรู้ ทักษะ และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของผู้สูงอายุ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-79 ปี จำนวน 383 คน ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ทักษะต่อการใช้สมุนไพร และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.714, 0.843 และ 0.944 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15-30 พฤศจิกายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 54.31 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.05 และทักษะต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 91.39 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทักษะ กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุ ($r_s=0.175$, $p<0.001$) ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร ($r_s=0.282$, $p<0.001$) และทักษะต่อการใช้สมุนไพร ($r_s=0.384$, $p=0.003$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุโดยการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และลดปัญหาโรคในช่องปาก

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, สมุนไพรในช่องปาก, ผู้สูงอายุ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ธนิสสา รามฤทธิ์; thanissa@scphub.ac.th



Knowledge Attitude and Behavior of traditional herbal medicine used for oral health care among elderly in Yangchumnoi District, Sisaket province

Thanissa Ramrit^{1*}, Wanpen Somhom¹, และ Nitipol Taweekhot³ และ Namtip Chatmontre⁴

¹Sirindhorn College of Public Health Ubon ratchathani

³Wan Yai Hospital

⁴Ban Wan Kham Health promoting hospital

(Received: 23 July 2025; Revised: 17 November 2025; Accepted: 21 November 2025)

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the behavior, knowledge, attitude and to explore the relationships between personal factors, knowledge, attitude with the behavior of using herbal remedies for oral health among elderly individuals in Sisaket Province. The samples consisted of 383 elderly individuals aged between 60 and 79 years. Data were collected using questionnaires: personal factors, knowledge, attitudes and behaviors of using herbal remedies for oral health with the reliability of the questionnaire tested at 0.714, 0.843, and 0.944. The data collection was conducted from November 15 to November 30, 2024. Data were analyzed by descriptive statistics including number, percentage, mean and standard deviation, and inferential statistics which is Spearman's correlation coefficient.

The study results revealed that the behavior was at the low level (54.31%), knowledge was at a moderate level (60.05%) and attitude was at a moderate level (91.39%). The relationship between personal factors, knowledge, attitudes with the behavior of using traditional herbal medicine for oral health among the sample group presented that age ($r_s=0.175$, $p<0.001$), knowledge ($r_s=0.282$, $p<0.001$) and attitude ($r_s=0.38$, $p=0.003$) were significantly correlated with behavior. Application of research findings to as a guideline for organizing oral health care activities for the elderly through the use of local Herbal Remedies to enhance effectiveness and reduce oral diseases.

Keywords: knowledge, attitude, behaviors, herbs, oral Health, elderly

***Corresponding author:** Thanissa Ramrit; thanissa@scphub.ac.th



บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร โดยประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2565 โลกมีประชากร รวมทั้งหมด 7,951 ล้านคน โดยโลกของเราเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุ 1,082 ล้านคน หรือร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด (กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ, 2566) สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และโรคในช่องปากเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่พบได้มากในผู้สูงอายุไทย จากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากของประเทศไทย พ.ศ. 2566 พบว่า โรคในช่องปากที่พบในผู้สูงอายุไทย คือ โรคฟันผุ โรคฟันผุที่รากฟัน และสภาวะปริทันต์ และการมีพฤติกรรมกาสูบและสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีเหงือกอักเสบ ทำให้ฟันของผู้สูงอายุมีตัวฟันที่ค่อนข้างยาวขึ้น หรือการมีพฤติกรรมกาสูบรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสเปรี้ยวจัด หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีความเป็นกรดสูงเป็นประจำทำให้เกิดการสึกของตัวฟันบริเวณด้านบดเคี้ยวของฟันกรามและปลายฟันหน้า (พิราวรรณ เนื้อทอง, 2567) ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง (สำนักงานทันตสาธารณสุข, 2560) ในประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมการใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเข้าใจและเข้าถึงยาสมุนไพร ตลอดจนการอนุรักษ์ ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยให้คงไว้สู่รุ่นลูกหลานต่อไป จากภูมิปัญญาชาวบ้านของไทยเกี่ยวกับสมุนไพรนั้นมีมานาน (ประสาธ กิตตะคุปต์, 2565) รู้จักการใช้และป้องกันโรคที่เกิดกับช่องปากและฟัน มีการใช้สมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาหลายชนิดผสมกัน เพื่อช่วยให้มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคในช่องปากมากขึ้น ซึ่งในปัจจุบันสมุนไพรไทยได้กลายเป็นการรักษาทางเลือก เนื่องจากในบางพื้นที่ยังไม่สามารถเข้ารับบริการทางทันตกรรมได้โดยตรง สมุนไพรไทยจึงกลายเป็นตัวเลือกในการรักษาแรกๆ เพราะสมุนไพรไทยสามารถหาได้ง่ายตามท้องถิ่นและปลอดภัย เช่น สมุนไพรที่ใช้ในการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคในช่องปาก คือ แมงลัก ให้รับประทานส่วนใบและลำต้นสดๆ ช่วยป้องกันโรคเลือดออกตามไรฟัน สมุนไพรที่ใช้ในการรักษาโรคฟันผุ คือ ข่อย เปลือกข่อยสามารถรักษาอาการปวดฟัน โดยใช้เปลือกต้นสด ขนาดประมาณ 1 ฝ่ามือ สับเป็นชิ้น ต้มกับน้ำพอสมควร และใส่เกลือให้มีรสเค็ม ต้มนาน 10-15 นาที นำน้ำที่ยังอุ่นๆ มาอมบ้วนๆ ใช้ลดอาการปวดฟันจากฟันผุได้ และสมุนไพรที่ใช้รักษาโรคปริทันต์ คือ ขะพลู เอาต้นชะพลูทั้งราก 6-9 ต้น เกลือ 1 กำมือ ใส่ น้ำให้ท่วมยา ต้มเคี่ยวรากครึ่งชั่วโมง เอาน้ำที่ได้มาอม เป็นต้น (ยลฤดี ตัณฑสิทธิ์, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ และอมร วัฒนธีรางกร, 2557) ด้วยเหตุนี้สมุนไพรไทยจึงกลายเป็นทางเลือกในการรักษาทางทันตกรรมเบื้องต้น แทนการรักษาด้วยบุคลากรทางทันตกรรม แม้ว่าการใช้สมุนไพรพื้นบ้านจะเป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพช่องปาก แต่ยังคงขาดการศึกษาทางวิชาการที่เป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของสมุนไพรเหล่านี้ในการป้องกัน และรักษาโรคในช่องปาก นอกจากนี้ ยังมีข้อจำกัดในการบูรณาการองค์ความรู้ดั้งเดิมเข้ากับแนวทางการดูแลสุขภาพในระบบสาธารณสุขสมัยใหม่ ทำให้การใช้สมุนไพรพื้นบ้านยังไม่สามารถขยายผลได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน จากข้อมูลของผู้สูงอายุ ตำบลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ.2566 พบว่า มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 6,027 คน ยังมีปัญหาเกี่ยวกับโรคในช่องปาก และยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากในผู้สูงอายุ



(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร และสามารถใช้สมุนไพรได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก ทั้งนี้เพื่อเป็นการวางแผนส่งเสริมความรู้ ทักษะและการใช้สมุนไพรในช่องปาก ให้ประชาชนหันมาสนใจการใช้สมุนไพรมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

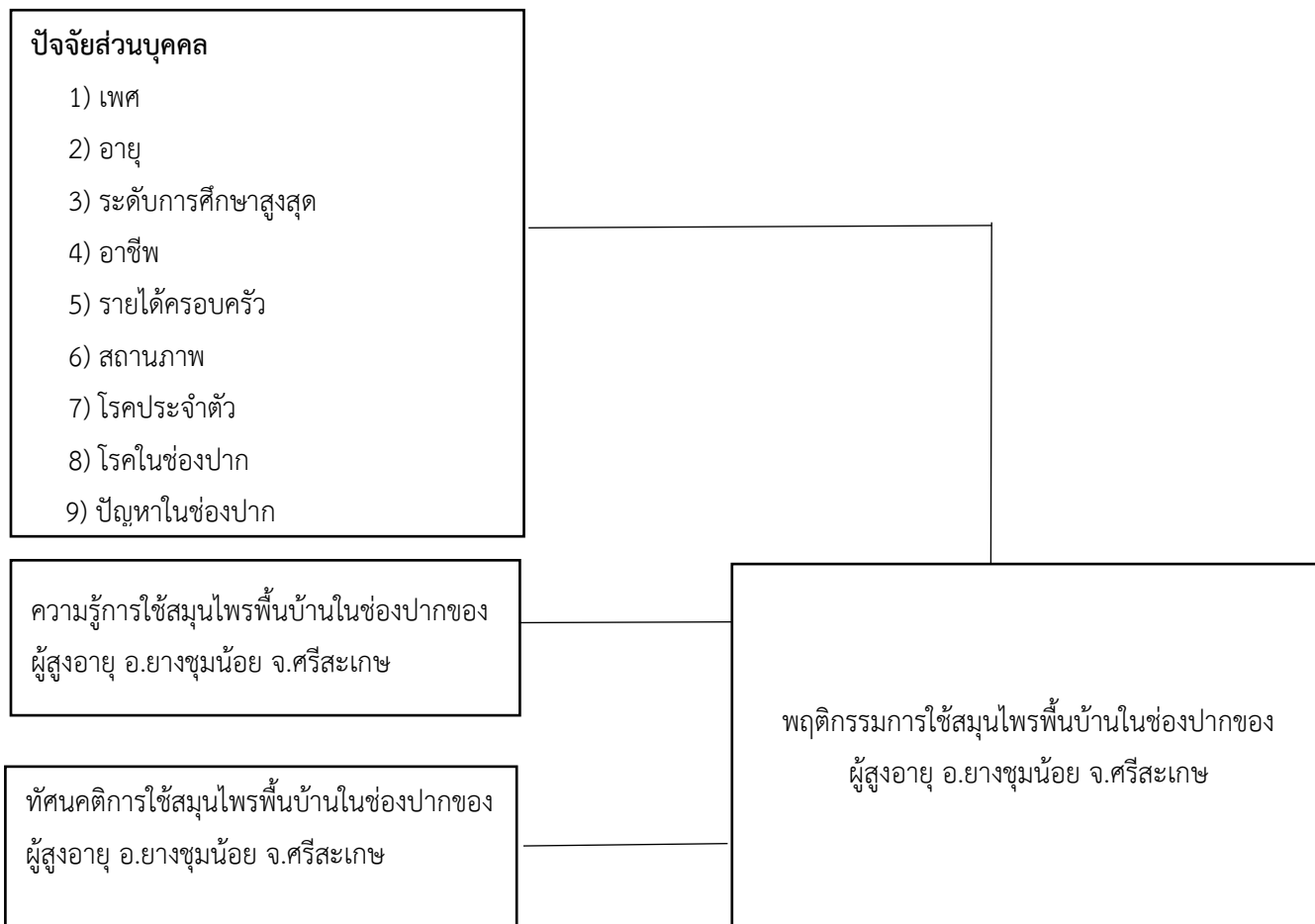
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอขามเฒ่า
2. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอขามเฒ่า
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอขามเฒ่า

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ
2. ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ
3. ทักษะ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ



กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยตอนต้น และวัยกลางตามการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุของสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2565) และมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ที่อยู่ในกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดสังคม จำนวนทั้งหมด 3,564 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2566) เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15-30 พฤศจิกายน 2567

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุ อำเภอยางชุมน้อย ตำบลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ อายุตั้งแต่ 60-79 ปี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี
2. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม



3. สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้สูงอายุที่มีการบกพร่องทางการสื่อสาร
2. ผู้สูงอายุป่วยติดเตียง ผู้ที่มีความผิดปกติทางสมองที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุวัยตอนต้นและวัยกลาง ที่มีอายุ 60-79 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง และสามารถพึ่งพาตนเองได้ในอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 383 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร (Morris Evan, 2000)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร (Morris Evan, 2000) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)+Z^2pq}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากรทั้งหมด

Z = ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95 %

d = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$q = 1-P$

P = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $P = 0.5$) (Cohen, 1988)

กำหนด $N = 6,206$, $d = 0.05$, $Z = 1.96$, $P = 0.5$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่า } n &= \frac{116,692 (1.96^2)(0.5)(1-0.5)}{0.05^2(116,692 - 1) + (1.96^2)(0.5)(1-0.5)} \\ n &= 382.90 \end{aligned}$$

กลุ่มตัวอย่าง ≈ 383

การเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) โดยเลือกวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เพื่อเลือกตัวแทน 1 ตำบล จาก 7 ตำบล ได้แก่ ตำบลลิ้นฟ้า คอนกาม โนนคูณ ยางชุมน้อย ยางชุมใหญ่ กุดเมืองฮาม และบึงบอน โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน สุ่มได้ ตำบลยางชุมน้อย

ขั้นที่ 2 ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) เพื่อจำแนกแต่ละหมู่บ้านในตำบลยางชุมน้อย ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณมาได้



ขั้นที่ 3 เมื่อคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบจับฉลากแล้วไม่ใส่คืนโดยใช้บ้านเลขที่ของผู้ที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่และทำการสุ่มตามสัดส่วนที่คำนวณ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของผู้สูงอายุ อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดศรีสะเกษ โดยพัฒนามาจากเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาของ ชัยณรงค์ เพ็ชรศิริ (2560) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย 9 คำถาม ได้แก่ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ โรคประจำตัว โรคในช่องปาก และปัญหาในช่องปาก ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check - List) ส่วนอายุ และรายได้ครอบครัวเป็นคำถามแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะข้อคำถามเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ กับ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน โดยมีข้อความเชิงบวก ประกอบด้วย ข้อ 1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, และ 15 และข้อความเชิงลบ ประกอบด้วย ข้อ 2, 6, 7, 8, และ 13

การแปลผลข้อมูล

คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (ตอบถูก 12 ข้อขึ้นไป)

มีความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 (ตอบถูก 9-11 ข้อ)

มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.00 (ตอบถูกต่ำกว่า 8 ข้อลงมา) มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ประกอบด้วย ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 10 และ 15 และข้อคำถามเชิงลบ ประกอบด้วย ข้อ 3, 4, 9, 11, 12, 13 และ 14 คำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมาก โดยมีหลักเกณฑ์ในการให้คะแนน (บุญธรรม กิจปรีดาภิรต, 2537) ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน



การแปลผลข้อมูล

คะแนนระดับทัศนคติในการการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ การแปลผลคะแนนรายข้อและโดยรวม โดยประยุกต์มาจากของเบสท์ (Best. 1997 อ้างถึงใน อัมพาพร นพรัตน์, 2556) การแปลความหมายคะแนนระดับทัศนคติในการการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00	มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20	มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40	มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60	มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80	มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก ประกอบด้วยข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check - List) จำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก ประกอบด้วย ข้อ 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, และ 10 และข้อคำถามเชิงลบ ประกอบด้วย ข้อ 2, และ 4 คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2537) ดังนี้

ใช้เป็นประจำ	หมายถึง	เคยใช้ทุกครั้งที่ 10 ครั้ง/ที่เป็นโรคในช่องปาก
ใช้บ่อยครั้ง	หมายถึง	เคยใช้ 7 - 9 ครั้งใน 10 ครั้ง/ที่เป็นโรคในช่องปาก
ใช้นานๆครั้ง	หมายถึง	เคยใช้ 4 - 6 ครั้งใน 10 ครั้ง/ที่เป็นโรคในช่องปาก
ใช้เป็นบางครั้ง	หมายถึง	เคยใช้ 1 - 3 ครั้งใน 10 ครั้ง/ที่เป็นโรคในช่องปาก
ไม่เคยใช้เลย	หมายถึง	ไม่เคยใช้เลยใน 10 ครั้ง/ที่เป็นโรคในช่องปาก

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถาม ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
ใช้เป็นประจำ	ให้ 5 คะแนน	ให้ 1 คะแนน
ใช้บ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน	ให้ 2 คะแนน
ใช้บางครั้ง	ให้ 3 คะแนน	ให้ 3 คะแนน
ใช้นานๆครั้ง	ให้ 2 คะแนน	ให้ 4 คะแนน
ไม่ใช้เลย	ให้ 1 คะแนน	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลข้อมูล

ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ การแปลผลคะแนนรายข้อ และโดยรวม โดยประยุกต์มาจากของเบสท์ (Best. 1997 อ้างถึงใน อัมพาพร นพรัตน์, 2556) การแปลความหมายคะแนนระดับการปฏิบัติตนในการการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก ดังนี้



ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00	มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20	มีทัศนคติอยู่ในระดับดีมาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40	มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60	มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80	มีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านทันตแพทย์ เภสัชวิทยา เภสัชกรรมคลินิกและการบริหาร จำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยใช้วิธี IOC และนำมาแก้ไขปรับปรุง จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างอื่นในพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา (Try Out) จำนวน 30 คน คือ ผู้สูงอายุในตำบลคูเมือง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อหาความเที่ยงของแบบสอบถาม ผลการตรวจสอบแบบสอบถามด้านความรู้ในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก หาความเชื่อมั่นด้วย KR – 20 ได้เท่ากับ 0.714 และผลการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติ และด้านพฤติกรรมในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากด้วย Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.843 และ 0.944

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มตัวอย่างและให้ทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามการวิจัยประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรม โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) คือ Spearman's Rank Correlation Coefficient การเลือกใช้สถิติ Spearman's rank correlation ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยมีลักษณะไม่เป็นไปตามการแจกแจงแบบปกติ และบางตัวแปรวัดในระดับอันดับ อีกทั้งความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอาจไม่เป็นเชิงเส้นตรง การใช้ Spearman ซึ่งเป็นสถิติแบบ non-parametric จึงมีความเหมาะสมและให้ผลที่น่าเชื่อถือมากกว่าเมื่อเทียบกับสถิติแบบ parametric เช่น Pearson correlation



จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิของกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการวิจัยก่อนการลงเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ขอการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUB S035-2567 วันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.92 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 64.75 สถานภาพสมรส ร้อยละ 70.76 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.63 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 79.12 มีรายได้ต่อเดือน 0-19,999 บาท ร้อยละ 86.68 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.98 เคยมีปัญหาในช่องปาก ร้อยละ 96.87 และปัญหาในช่องปากที่เคยเป็น คือ เหงือกอักเสบ/โรคปริทันต์/ฟันโยก ร้อยละ 85.90 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 383)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	165	43.08
หญิง	218	56.92
อายุ (ปี)	Median = 67.00, $\bar{X}$ = 67.32, (S.D. = 4.927), Min = 60, Max = 74	
60-69	248	64.75
70-79	135	35.25
สถานภาพ		
โสด	9	2.35
สมรส	271	70.76
หย่าร้าง	103	26.89
อาชีพ		
เกษตรกร	282	73.63
ค้าขาย	31	8.09
รับจ้างทั่วไป	42	10.97
เกษียณอายุราชการ	13	3.39
ว่างงาน	15	3.92
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	45	11.75
ประถมศึกษา	303	79.12



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	18	4.70
ปวส./อนุปริญญา	4	1.04
ปริญญาตรี	13	3.39
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
0-19,999	332	86.68
20,000 ขึ้นไป	51	13.32
(Max =60,000 บาท, เฉลี่ย 6,067.59 บาท/เดือน)		
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	314	81.98
ไม่มีโรคประจำตัว	69	18.02
โรคในช่องปาก		
ไม่เคย	12	3.13
เคย	371	96.87
ปัญหาในช่องปากที่เคยเป็น		
เหงือกอักเสบ/โรคปริทันต์/ฟันโยก	329	85.90
โรคฟันผุ	149	38.90
แผลในช่องปาก	235	61.36
โรคเมะเร็งในช่องปาก	1	0.26
โรคเรื้อรังที่ริมฝีปาก	22	5.74

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ใบฝรั่งสามารถช่วยลดกลิ่นปากได้ ใบสะระแหน่ช่วยดับกลิ่นปากได้ และกากข่อยสามารถนำมาแปรงฟันได้ ร้อยละ 90.08, 81.98 และ 80.68 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กลัวย่น้ำหว่าช่วยลดกลิ่นปากได้ มะขามป้อมสามารถรักษาโรครำมะนาดได้ และกานพลูสามารถรักษาโรครำมะนาดได้ ร้อยละ 80.94, 79.90 และ 63.97 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n=383)

ข้อความ	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ใบฝรั่งสามารถช่วยลดกลิ่นปากได้	345	90.08	38	9.92
2. มะขามป้อมไม่สามารถช่วยป้องกันฟันผุได้	108	28.20	275	71.80
3. ฟ้ายะลวยช่วยรักษาแผลในช่องปากได้	228	59.53	155	40.47
4. กากช่อยสามารถนำมาแปรงฟันได้	309	80.68	74	19.32
5. ว่านหางจระเข้สามารถรักษาโรคเรื้อรังที่ริมฝีปากได้	258	67.36	125	32.64
6. กระชายไม่สามารถรักษาแผลในช่องปากได้	151	39.43	232	60.57
7. มะนาวช่วยขัดฟัน ช่วยทำให้ฟันขาวขึ้น และแข็งแรงขึ้นได้	215	56.14	168	43.86
8. การเคี้ยวใบพลูไม่สามารถช่วยลดกลิ่นปากได้	167	43.60	216	56.40
9. ใบสะระแหน่ช่วยดับกลิ่นปากได้	314	81.98	69	18.02
10. มะขามป้อมสามารถรักษาโรคคร่ำมขนาดได้	77	20.10	306	79.90
11. กลั้วน้ำว่าช่วยลดกลิ่นปากได้	73	19.06	310	80.94
12. กานพลูช่วยบรรเทาอาการปวดฟันได้	283	73.89	100	26.11
13. เสลดพังพอนตัวผู้ไม่สามารถช่วยรักษาโรคเรื้อรังที่ริมฝีปากได้	85	22.19	298	77.81
14. กานพลูสามารถรักษาโรคคร่ำมขนาดได้	138	36.03	245	63.97
15. ใบพลูสามารถช่วยลดกลิ่นปากได้	289	75.46	94	24.54

ส่วนที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก (n=383)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	116	30.29
ระดับปานกลาง	230	60.05
ระดับสูง	37	9.66

(Max =90.08 คะแนน, min = 19.06 คะแนน, Mean = 60.05 คะแนน)



ส่วนที่ 4 ทศนคติต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

ทศนคติต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.21) ข้อคำถามที่เห็นด้วยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ใบฝรั่งสามารถช่วยดับกลิ่นปากได้ สามารถนำกากหอยมาใช้แปรงฟันได้ และมีสมุนไพรที่สามารถรักษาโรคในช่องปากได้ ($\bar{x}$ = 3.87, 3.77, 3.75) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทศนคติต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n=383)

ข้อคำถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. ท่านเชื่อว่าสมุนไพรที่อยู่ในพื้นที่และนำมาใช้ได้ง่าย	16 (4.18)	198 (51.70)	100 (26.11)	66 (17.23)	3 (0.78)	3.41	0.85	ดีมาก
2. ท่านเชื่อว่าใช้ฟ้าทะลายโจรรักษาแผลในช่องปากได้	11 (2.87)	204 (53.76)	126 (32.90)	39 (10.18)	3 (0.78)	3.47	0.75	ดีมาก
3. ท่านเชื่อว่ามะขามป้อมไม่สามารรักษาโรคฟันผุได้	2 (0.52)	72 (18.80)	258 (67.83)	48 (12.53)	3 (0.78)	2.95	0.61	ปานกลาง
4. ท่านเชื่อว่าว่านหางจระเข้ไม่สามารรักษาโรคเริ่มที่ริมฝีปากได้	8 (2.09)	87 (22.72)	202 (52.74)	82 (21.41)	4 (1.04)	2.97	0.75	ปานกลาง
5. ท่านเชื่อว่าสมุนไพรที่สามารถรักษาโรคในช่องปากได้	17 (4.44)	276 (72.06)	69 (18.02)	20 (5.22)	1 (0.26)	3.75	0.63	ดีมาก
6. ท่านเชื่อว่าสามารถนำกากหอยมาใช้แปรงฟันได้	21 (5.48)	277 (72.32)	64 (16.71)	19 (4.96)	2 (0.52)	3.77	0.65	ดีมาก
7. ท่านเชื่อว่าเสลดพังพอนสามารถช่วยรักษาโรคเริ่มที่ริมฝีปากได้	5 (1.31)	154 (40.21)	186 (48.56)	36 (9.40)	2 (0.52)	3.32	0.68	ปานกลาง
8. ท่านเชื่อว่าใบฝรั่งสามารถช่วยดับกลิ่นปากได้	34 (8.88)	286 (74.67)	44 (11.49)	17 (4.44)	2 (0.52)	3.87	0.64	ดีมาก
9. ท่านเชื่อว่าการนำสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ในช่องปาก มีวิธีการใช้และมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก	4 (1.04)	225 (58.75)	74 (19.32)	79 (20.63)	1 (0.26)	2.60	0.83	ต่ำ
10. ท่านเชื่อว่าเมื่อมีปัญหาในช่องปากจะใช้สมุนไพรพื้นบ้านรักษาเบื้องต้นได้เท่านั้น	3 (0.78)	204 (53.26)	118 (30.81)	54 (14.10)	4 (1.04)	3.39	0.77	ดีมาก
11. ท่านเชื่อว่าทุกส่วนของสมุนไพรสามารถนำมาใช้เ็นยาได้	10 (2.61)	98 (25.59)	226 (59.01)	47 (12.27)	2 (0.52)	2.83	0.69	ปานกลาง



ข้อความถาม	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน			
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)			
12.ท่านเชื่อว่าการใช้ผักคราดหัวแหวนสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดฟันได้	3 (0.78)	40 (10.44)	300 (78.33)	35 (9.14)	5 (1.31)	3.00	0.53	ปานกลาง
13.ท่านเชื่อว่าการนำสมุนไพรมาใช้ในช่องปากจะมีผลข้างเคียงที่อันตราย	0 (0.00)	37 (9.66)	288 (75.20)	51 (13.32)	7 (1.83)	3.07	0.55	ปานกลาง
14.ท่านเชื่อว่าสระระแนงไม้สามารถช่วยรักษาอาการปวดฟันได้	2 (0.52)	58 (15.14)	271 (70.76)	48 (12.53)	4 (1.04)	2.98	0.58	ปานกลาง
15.ท่านเชื่อว่าการนำสมุนไพรมาใช้ในช่องปากไม่จำเป็นต้องมีความรู้ก็สามารถนำมาใช้ได้	3 (0.78)	3 (8.62)	225 (58.75)	112 (29.24)	10 (2.61)	2.76	0.68	ปานกลาง
ภาพรวม						3.21	0.20	ปานกลาง

ส่วนที่ 5 ระดับทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 91.39 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก (n=383)

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (1.81-2.60 คะแนน)	1	0.26
ปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน)	350	91.39
ดีมาก (3.41-4.20 คะแนน)	31	8.09
ดีมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)	1	0.26
(Max = 5 คะแนน, min = 1.81 คะแนน, Mean = 3.21 คะแนน)		

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$ = 1.95) และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การใช้มะขามป้อมขัดฟันทำให้



ฟันขาวขึ้น การเคี้ยวใบพลูเพื่อช่วยให้ฟันแข็งแรง และการใช้ใบฝรั่งในการทำมาสะอาดเหงือกและฟันเพื่อป้องกัน
กลิ่นปาก ($\bar{X}$ = 4.75, 4.39, 2.20) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n=383)

ข้อคำถาม	ใช้เป็น ประจำ	ใช้ บ่อยครั้ง	ใช้นานๆ ครั้ง	ใช้เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ใช้เลย	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1.ท่านใช้กากข่อยในการแปรงฟันทำความสะอาดฟัน	2 (0.52)	18 (4.71)	111 (29.06)	138 (36.13)	114 (29.76)	2.10	0.90	ต่ำ
2.ท่านเคี้ยวใบพลูเพื่อช่วยให้ฟันแข็งแรง	2 (0.52)	15 (3.92)	60 (15.67)	61 (15.93)	245 (63.97)	4.39	0.92	ดีมากที่สุด
3.ท่านใช้ใบฝรั่งในการทำมาสะอาดเหงือกและฟันเพื่อป้องกันกลิ่นปาก	2 (0.52)	14 (3.66)	154 (40.21)	103 (26.89)	110 (28.72)	2.20	0.91	ต่ำ
4.ท่านใช้มะขามป้อมขัดฟันทำให้ฟันขาวขึ้น	1 (0.26)	7 (1.83)	23 (6.01)	25 (6.53)	327 (85.38)	4.75	0.67	ดีมากที่สุด
5.ท่านใช้ดอกสดของผักคราดหัวแหวนตำกับเกลืออมไว้เพื่อบรรเทาอาการปวดฟัน	1 (0.26)	6 (1.57)	8 (2.09)	10 (2.61)	358 (93.47)	1.13	0.52	ต่ำที่สุด
6. ท่านใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคเหงือกและฟัน								
6.1 สะระแหน่	3 (0.78)	14 (3.66)	82 (21.41)	109 (28.46)	175 (45.69)	1.85	0.93	ต่ำ
6.2 ข่อย	2 (0.52)	14 (3.66)	93 (24.28)	127 (33.16)	147 (38.38)	1.95	0.90	ต่ำ
6.3 ฝรั่ง	2 (0.52)	15 (3.92)	139 (36.29)	100 (26.11)	127 (33.16)	2.13	0.94	ต่ำ
7. ท่านใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากรักษาโรคฟันผุ								
7.1 มะขามป้อม	1 (0.26)	2 (0.52)	21 (5.48)	45 (11.75)	314 (81.98)	1.25	0.60	ต่ำที่สุด
7.2 กระชาย	1 (0.26)	2 (0.52)	19 (4.96)	28 (7.31)	333 (86.95)	1.20	0.56	ต่ำที่สุด
8. ท่านใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากรักษาโรคแผลในปาก								
8.1 สะระแหน่	1 (0.26)	5 (1.31)	83 (21.67)	116 (30.29)	178 (46.48)	1.79	0.84	ต่ำที่สุด
8.2 ฟ้ายะลวยโจร	2 (0.52)	3 (0.78)	93 (24.28)	99 (25.85)	186 (48.56)	1.79	0.87	ต่ำที่สุด



ข้อความถาม	ใช้เป็น ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	ใช้ บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ใช้นานๆ ครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ใช้เป็น บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย ใช้เลย จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{x}$	S.D.	การแปลผล
9. ท่านใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากรักษาโรคเริ่มที่ริมฝีปาก								
9.2 เสลดพังพอนตัวผู้	356 (92.95)	12 (3.13)	12 (3.13)	2 (0.52)	1 (0.26)	1.12	0.48	ต่ำที่สุด
10. ท่านใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากรักษาโรคปริทันต์								
10.1 กานพลู	2 (0.52)	7 (1.83)	28 (7.31)	93 (24.28)	253 (66.06)	1.46	0.75	ต่ำที่สุด
10.2 กระชาย	1 (0.26)	4 (1.04)	15 (3.92)	30 (7.83)	333 (86.95)	1.20	0.56	ต่ำที่สุด
10.3 มะขามป้อม	1 (0.26)	2 (0.52)	17 (4.44)	34 (8.88)	329 (85.90)	1.20	0.56	ต่ำที่สุด
ภาพรวม						1.95	0.39	ต่ำ

ส่วนที่ 7 ระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 54.31 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระดับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n=383)

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำที่สุด (1.00-1.80 คะแนน)	152	39.69
ต่ำ (1.81-2.60 คะแนน)	208	54.31
ปานกลาง (2.61-3.40 คะแนน)	21	5.48
ดีมาก (3.41-4.20 คะแนน)	1	0.26
ดีมากที่สุด (4.21-5.00 คะแนน)	1	0.26

(Max = 5 คะแนน, min = 1 คะแนน, Mean = 1.95 คะแนน)

ส่วนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรู้ ทักษะคิด กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้ ทักษะคิด กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุ ($r_s=0.175$, p-value=0.001) ความรู้ ($r_s=0.282$, p-value<0.001) และทักษะคิด ($r_s=0.384$, p-value=0.003) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 8



ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรู้ ทักษะ กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากกลุ่มตัวอย่าง (n=383)

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก		
	r_s	p-value	ความสัมพันธ์
อายุ	0.175	0.001*	มีความสัมพันธ์น้อย
ความรู้	0.282	<0.001*	มีความสัมพันธ์น้อย
ทักษะ	0.384	0.003*	มีความสัมพันธ์ปานกลาง

Spearman's rank correlation, *p-value < .05

อภิปรายผล

พฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุหันไปพึ่งพาการรักษาแผนปัจจุบันมากขึ้น เพราะเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาแผนปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีทัศนคติที่ไม่ใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาโรคในช่องปาก เนื่องจากกลัวได้รับอันตรายจากการใช้สมุนไพร เช่น อาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้สมุนไพร รูปแบบและรสชาติที่ไม่น่าใช้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอลิมพรเกียรติ ประจักษ์ นวัตกรรม เข้มทอง สุทธิพิทย ศรีอ่อนจันทร์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคในช่องปากอยู่ในระดับต่ำ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติเดช มิ่งไม้ (2560) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง

ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีการศึกษาจากชุมชน การแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างสมาชิกในชุมชน ประสบการณ์ตรงจากการทดลองใช้ และการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภิษณ วิจันติก (2561) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประชาชนบ้านหนองบัวศาลา ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติเดช มิ่งไม้ (2560) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เอลิมพรเกียรติ ประจักษ์ นวัตกรรม เข้มทอง สุทธิพิทย ศรีอ่อนจันทร์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ อยู่ในระดับควร



ปรับปรุง จากผลการศึกษาปัจจัยด้านการศึกษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ซึ่งอาจจะส่งผลต่อระดับความรู้ ความเข้าใจที่ลดลงเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปาก

ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติเดช มิ่งไม้ (2560) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังใน อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ระดับทัศนคติการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิษณ วิจิณท์ (2561) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประชาชนบ้านหนองบัวศาลา ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอมะนัง นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์ นวัตกรรม เข้มทอง สุธาทิพย์ ศรีอ่อนจันทร์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบางบาล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติ อยู่ในระดับควรตี ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากรมโยธาธิการและผังเมืองสนับสนุนให้ประชาชนใช้สมุนไพรรักษาโรคเพิ่มขึ้น โดยสนับสนุนให้มีการใช้สมุนไพรรักษาโรคเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพช่องปาก และควรจัดกิจกรรมหรือการอบรมเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรรักษาโรค เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้สมุนไพรรักษาโรค สนับสนุนให้มีการใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวัน

ระดับความรู้และทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง แต่พฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจาก ขาดความมั่นใจในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของสมุนไพร แม้จะมีความรู้พื้นฐาน แต่หากไม่มีข้อมูลทางวิทยาศาสตร์หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือก็อาจทำให้ประชาชนลังเลที่จะนำมาใช้จริง การเข้าถึงสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์แปรรูปที่มีคุณภาพยังจำกัด หากสมุนไพรพื้นบ้านไม่ได้ถูกจัดเตรียมหรือแปรรูปในรูปแบบที่สะดวกต่อการใช้ อาจทำให้ผู้มีความรู้ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน อิทธิพลของค่านิยมและวัฒนธรรมสมัยใหม่ การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตและความนิยมในผลิตภัณฑ์ทันสมัย อาจทำให้สมุนไพรพื้นบ้านถูกมองว่า “ล้าสมัย” หรือ “ไม่ทันสมัย” แม้จะมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อสมุนไพรก็ตาม ขาดการสนับสนุนจากระบบสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากไม่มีการส่งเสริมอย่างเป็นระบบ เช่น การให้ข้อมูล การฝึกอบรม หรือการบูรณาการสมุนไพรเข้ากับบริการสุขภาพ อาจทำให้พฤติกรรมการใช้ไม่เกิดขึ้นจริง ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เวลา ความสะดวก และประสบการณ์ส่วนตัว ผู้ที่มีประสบการณ์ไม่ดีในการใช้สมุนไพร หรือรู้สึกว่ายาก อาจไม่เลือกใช้แม้จะมีความรู้และทัศนคติที่ดี

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุมักมีประสบการณ์ในการใช้สมุนไพร รวมถึงความเชื่อทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สมุนไพรในการรักษาโรคในช่องปาก ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติเดช มิ่งไม้ (2560) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์ นวัตกรรม เข้มทอง สุธาทิพย์ ศรีอ่อนจันทร์



และคณะ (2563) พบว่า ข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือนระดับการศึกษาสูงสุด และระยะเวลาการเป็นอสม. มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กัน กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อาจเนื่องมาจาก เพศที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้อยู่และสุขภาพช่องปากที่แตกต่างกัน เนื่องจากบริบทของพื้นที่เป็นสังคมชนบท การใช้สมุนไพรรักษาโรคในช่องปากเป็นเรื่องของการดูแลสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ได้กับทุกคนไม่ว่าจะทำอาชีพอะไร หรือแม้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงอาจมีข้อมูลเกี่ยวกับสมุนไพรที่มากกว่า แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะเลือกใช้สมุนไพรหรือไม่ใช้สมุนไพรต่างจากผู้ที่มีการศึกษาที่ต่ำกว่า และรายได้อาจจะไม่มีผลต่อการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการรักษาสุขภาพช่องปาก อาจเนื่องมาจากสมุนไพรพื้นบ้านหลายชนิดสามารถหาได้ง่ายตามธรรมชาติหรือปลูกเองได้ ทำให้บุคคลที่มีรายได้น้อยสามารถเข้าถึงและใช้สมุนไพรได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากบุคคลที่มีความรู้และพฤติกรรมการรักษาโรคในช่องปากด้วยสมุนไพร อาจจะมีการแบ่งปันประสบการณ์และความรู้ให้แก่คนอื่นๆ ซึ่งเป็นการเสริมสร้างและเพิ่มพูนความรู้ร่วมกัน ผ่านการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อมูลในกลุ่มหรือชุมชน ซึ่งอาจส่งผลให้มีระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้น และจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 60 - 69 ปี ซึ่งอาจจะมีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรพื้นบ้านจากรุ่นก่อนๆ เกิดการเรียนรู้และทดลองใช้สมุนไพรในการรักษาโรคในช่องปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์ นวัตกรรม เข้มทอง สุรชาติพิทย์ ศรีอ่อนจันทร์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาศึกษา พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เมื่อพิจารณาความรู้ ทศนคติ กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปาก พบว่า ความรู้ มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.007$)

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากการทดลองหรือการกระทำต่างๆ ซึ่งสามารถสร้างประสบการณ์ที่ช่วยส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีขึ้น เช่น การรักษาโรคในช่องปากด้วยสมุนไพรอย่างมีประสิทธิภาพ จะปรับทัศนคติให้ดียิ่งขึ้น เพราะมีหลักฐานจากประสบการณ์ที่ทำให้เชื่อมั่นในวิธีการนั้นๆ แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์ นวัตกรรม เข้มทอง สุรชาติพิทย์ ศรีอ่อนจันทร์ และคณะ (2563) ได้ศึกษาศึกษา พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ทศนคติการใช้สมุนไพรในช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} 0.224$) อาจเนื่องมาจาก การมีความแตกต่างกันระหว่างภูมิศาสตร์ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของในแต่ละพื้นที่



การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ ความเข้าใจ อย่างถูกต้องและปลอดภัย เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน เพื่อใช้ป้องกันและรักษาปัญหาโรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน และช่วยลดปัญหาโรคในช่องปาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาในหลายพื้นที่ เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในช่องปากเนื่องด้วย ความแตกต่างของลักษณะภูมิประเทศ พฤกษศาสตร์ พืชสมุนไพรในท้องถิ่น มีความยากง่ายแตกต่างกันและการศึกษาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพช่องปากยังมีน้อย

เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2562). รายงานประจำปี 2562 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. สืบค้นจาก https://www.dtam.moph.go.th/E-Book/DTAM_Report_2562/DTAM_Report_2562.pdf
- กรมอนามัย. (2564). เหมือกและฟันที่ดีด้วยสมุนไพรใกล้ตัว. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/good-oral-health-with-thai-herbs>.
- เกศริน มณีสุน. (2560). การศึกษาภูมิปัญญาการใช้สมุนไพรรักษาโรคโลหิตระดูสตรีของหมอพื้นบ้านในจังหวัดกระบี่และสงขลา. วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา, 22(3). 243-258.
- กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. สืบค้นจาก http://www.thaispa.go.th/spa2013/web/web_new/index.php.
- กฤติเดช มิ่งไม้. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคลากร โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย. สืบค้นจาก https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/242877/167903
- เฉลิมพรเกียรติ ประจักษ์ นวัตกรรม เข้มทอง สุราทิพย์ ศรีอ่อนจันทร์ และคณะ. (2563). พฤติกรรมการใช้สมุนไพร ในช่องปากของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารทันตภิบาล, 32(2), 70-82.
- ชัยณรงค์ เพ็ชรศิริ. (2560). พฤติกรรมการใช้สมุนไพรของของประชาชนในอำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง. จังหวัดจันทบุรี. จันทบุรี : การปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
- ปริญญ์ แดงเดช. (2559). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อผลิตภัณฑ์บรรเทาอาการปวดที่ทำจากสมุนไพรของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าอิสระบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ



- เปรมฤดี ศรีสังข์. (2562). ผลของการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลบุงคล้า จังหวัดบึงกาฬ. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TDNJ/article/view/230171>.
- ประสาธ กิตตะคุปต์. (2565). ภูมิปัญญาชาวบ้านของสมุนไพรและการนำไปใช้เป็นผลิตภัณฑ์. สืบค้นจาก <file:///C:/Users/Administrator/Downloads/Prasat-v4n1-2022.pdf>.
- พิรารรณ เนื่อทอง. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้ในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์. สืบค้นจาก <https://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/5170/3/62062457.pdf>.
- ภิชณี วิจันตีก. (2561). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ของประชาชนบ้านหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ, 28(2). 244-254.
- สงค์ศักดิ์ สุขสันต์ และสุภาภรณ์ สุตหนองบัว. (2566). สมุนไพรไทยกับสุขภาพช่องปาก “คุณค่าที่เลือกได้”. วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15(1). 301-311.
- สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ.
- สำนักงานทันตสาธารณสุข. (2560). รายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย. สืบค้นจาก https://dental.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/dental2/n2423_3e9aed89eb9e4e3978640d0a60b44be6_survey8th_2nd.pdf.
- สำนักงานทันตสาธารณสุข. (2566). รายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 9 ประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://dental.anamai.moph.go.th/th/national-oral-health-survey-report>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2566). ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด. สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0
- สมตระกูล ราศิริ, ยลฤดี ตันนทสิทธิ์, ธิติรัตน์ ราศิริ และ นิพนธ์ แก้วต่าย. (2560). การใช้สมุนไพรบรรเทาโรคในช่องปาก. วารสารทันตภิบาล, 28(2), 124-133.



การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

เริงชัย สุขสิลา¹ และ ศรุต มูลสาร^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

²มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย

(วันที่รับบทความ: 15 มิถุนายน 2568; วันที่แก้ไข: 23 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับ: 6 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พัฒนา และประเมินรูปแบบการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง รวมถึงเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานและความสุข 9 มิติของ Happinometer ของบุคลากรก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา ประชากรในการศึกษา คือบุคลากรสาธารณสุข 157 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่กรกฎาคม-ธันวาคม 2567 การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart แบ่งกระบวนการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร และ ระยะที่ 3 ประเมินผล เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก 2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบประเมินความสุข 9 มิติของ Happinometer 3. แนวทางการสร้างความสุข การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 พบว่าความสุขคนทำงานอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 51.0 โดยองค์กรขาดนโยบายที่ชัดเจน กิจกรรมไม่ตอบโจทย์ และบุคลากรไม่มีส่วนร่วม ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางสร้างความสุขในองค์กรตามหลัก “9 มิติแห่งความสุข” ของ Happinometer และระยะที่ 3 พบว่า แนวทางการสร้างความสุขในองค์กรสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพกายและการทำงานดี ขณะที่มิติการผ่อนคลาย จิตใจดี ครอบครัวดี และการเงินยังไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนสภาพแวดล้อมการทำงานไม่แตกต่างก่อนและหลังการดำเนินงาน ข้อเสนอแนะ คือ ควรบูรณาการนโยบายด้านความสุขเข้ากับแผนยุทธศาสตร์องค์กร เช่น สุขภาพกายและการทำงานดี พร้อมปรับปรุงมิติที่ยังไม่เปลี่ยนแปลง เช่น ผ่อนคลาย จิตใจดี ครอบครัวดี สังคมดี การเงิน และติดตามประเมินผลรายปี เพื่อปรับแนวทางให้เหมาะสมกับพื้นที่และบริบท

คำสำคัญ: องค์กรแห่งความสุข, การพัฒนาองค์กร, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ศรุต มูลสาร; newsoul.hp@gmail.com



Developing a Happy Organization Operating Model: Rayong Provincial Public Health Office

Raengchai Suksila¹ and Sarut Moonsarn^{2*}

¹Rayong Health Provincial Office

²World Vision Foundation of Thailand

(Received: 15 June 2025; Revised: 23 September 2025; Accepted: 6 November 2025)

Abstract

The purpose of this study was to study, develop, and evaluate a model for a happy workplace operation at the Rayong Provincial Public Health Office, which included comparing the outcomes related to the working environment and the nine dimensions of happiness based on the Happinometer criteria among personnel before and after the model's implementation. To achieve this, a research and development (R&D) design was employed. The study population consisted of 157 public health personnel and the data was collected between July and December 2024. The research applied the participatory framework of Kemmis & McTaggart, structured into three phases: 1) problem and needs analysis, 2) development of organizational happiness strategies, and 3) outcome evaluation. Data collection tools included: 1) In-depth interviews for qualitative data, 2) the 9-dimension Happinometer for quantitative data, and 3) Guidelines for Fostering Happiness. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The findings were divided into three phases. Phase 1 revealed that public health personnel happiness was low (51.0%), with unclear policies, activities that did not meet actual needs, and lack of personnel engagement being commonly referenced by the participants. Phase 2 developed a framework for organizational happiness based on the "9 Dimensions of Happiness" from the Happinometer. The Phase outcomes 3 showed improvements in the Happy body and Happy work-Life dimensions, while Happy relax, Happy heart, Happy family, Happy society, and Happy money dimensions showed no significant changes. Additionally, the work environment remained unchanged before and after implementation. This study recommends integrating a happiness policy emphasizing Happy body and Happy work-Life and improving unchanged dimensions, such as Happy relax, Happy heart, Happy family, Happy society, and Happy money, into the strategic plan. Annual evaluations should be conducted to refine the approach according to the local contexts and needs.

Keywords: happy organization, organizational development, Rayong provincial public health office

Corresponding author: Sarut Moonsarn; newsoul.hp@gmail.com



บทนำ

ประเทศไทยเปลี่ยนผ่านจากสังคมเกษตรสู่สังคมอุตสาหกรรมและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้คนไทยต้องปรับตัวอย่างมากเพื่อดำรงชีวิตอย่างมีความสุข อย่างไรก็ตาม จากรายงาน World Happiness Report พบว่าความสุขของคนไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2562 ไทยอยู่ในอันดับที่ 61 ของโลก จากการสำรวจ Ipsos Global Happiness 2023 ในปี 2566 พบว่าคนไทยมีความสุขในภาพรวมเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งมีความสุขในระดับต่ำ ซึ่งได้รับผลกระทบจากปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม (Ipsos Global Happiness, 2023)

การเปลี่ยนแปลงของสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีที่รวดเร็วส่งผลให้ภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญกับ “คน” ในองค์กรมากขึ้น โดยมุ่งสร้าง “องค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)” เพื่อให้บุคลากรซึ่งเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว องค์กร และสังคม มีความสุขในการทำงาน อันส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ลดความเครียด ความขัดแย้ง และสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน โดยเฉพาะด้าน “บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)” ได้วาง Roadmap พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ให้เป็นคนดี มีคุณธรรม เสียสละ ซื่อสัตย์ มีจิตอาสา ให้บริการอย่างมีคุณภาพ ลดข้อร้องเรียน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

แนวคิด “องค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)” ริเริ่มโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผ่านแผนงานสุขภาวะองค์กรภาคเอกชน ซึ่งเน้นสร้างความสุข 8 ด้าน ได้แก่ สุขภาพดี น้ำใจงาม ผ่อนคลาย ใฝ่รู้ มีคุณธรรม ปลอดภัย ครอบคลุม และสังคมดี ส่งผลให้เกิดสุขภาวะที่ดีทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ฐิราภรณ์ ชัยมงคล, 2564) การสร้างความสุขในที่ทำงานช่วยเสริมความสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างเพื่อนร่วมงาน ส่งเสริมชีวิตสมดุล และสร้างแรงจูงใจทำงาน นอกจากนี้องค์กรจะได้รับประโยชน์จากบุคลากรที่พร้อม กระตือรือร้น และเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน (พงศ์ศุภี จิระวัฒนรักษ์, 2566) ดังนั้น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงมองว่า “คน” คือหัวใจขององค์กร และการสร้างความสุขภายในเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาองค์กรสมัยใหม่ที่ส่งผลดีต่อองค์กร ครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป

ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการสร้างองค์กรแห่งความสุข โดยมุ่งส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี และความสุขในการทำงานของบุคลากรทุกระดับ ความสุขกลายเป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารองค์กร ทำให้บุคลากรตระหนักถึงเป้าหมายร่วมกัน มีนโยบายและกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิต รวมถึงสร้างความสามัคคีในการทำงานเป็นทีม และขยายความสุขสู่ชุมชนและสังคม (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) การทำงานอย่างมีความสุขจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรต้องการ เพราะไม่เพียงเพิ่มความพึงพอใจ แต่ยังช่วยลดอัตราขาดงาน และลาออกด้วย (วิศยา หวังพลายเจริญสุข, 2558)



จากข้อมูลการสำรวจความสุขในการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการประเมินความสุขของบุคลากรสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 - 28 กุมภาพันธ์ 2565 พบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความสุขในภาพรวมเฉลี่ย 63.92 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างน้อย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) ขณะเดียวกันจากผลการสำรวจดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระยอง ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบุคลากรมีความสุขในภาพรวมเฉลี่ยเพียง 62.03 ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2566) โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 3 มิติที่มีคะแนนต่ำที่สุด ได้แก่ มิติผ่อนคลายดี สุขภาพการเงินดี และการงานดี แม้จะมีความพยายามแก้ไขปัญหาด้วยการดำเนินโครงการองค์กรแห่งความสุขมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 แต่โครงการเหล่านั้นยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดระยองต้องเผชิญกับสถานการณ์การสูญเสียบุคลากรสาธารณสุขถึง 90 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2567) การสูญเสียบุคลากรจำนวนมากนี้มีปัจจัยหลักมาจากการขาดแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งเป็นผลมาจากเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจลาออก ย้าย หรือเปลี่ยนงานของผู้ปฏิบัติงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับองค์กรแห่งความสุข พบงานวิจัยหลายฉบับ เช่น การศึกษาของนิศาชล นัตถทอง, กมลพร สอนศรี, จิตรดา อมรวัฒนา และคณะ (2559) ใช้แนวคิดความสุข 9 มิติของ Happinometer ศึกษาความสุขของบุคลากรคณะเทคนิคการแพทย์ ม.มหิดล พบว่าความสุขโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พร้อมแนะนำแนวทางพัฒนาสภาพแวดล้อม องค์กร และระบบประเมินที่เป็นธรรม ขณะที่การศึกษาของฐิราภรณ์ ชัยมงคล (2564) ใช้แนวคิดความสุข 8 ประการ พัฒนาแผนนโยบายองค์กรแห่งความสุข 4.0 พบว่า ภาวะผู้นำ บรรยากาศองค์กร และความสุขมีผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน และสามารถพัฒนาแผนงานเชิงนโยบายได้ 14 โครงร่าง และนอกจากนี้ยังพบการศึกษาของประสงค์ โคตรมงคล (2565) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากชม จังหวัดเลย ใช้แนวคิดความสุข 9 มิติของ Happinometer พบว่าความสุขภาพรวมอยู่ในระดับมีความสุขอย่างยิ่ง ขณะความสุขด้านครอบครัวดี ด้านสุขภาพกายดี และด้านสุขภาพเงินดี ยังต้องปรับปรุง

จากสถานการณ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าสถานการณ์ความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระยองอยู่ในระดับต่ำ ประกอบกับการเผชิญกับปัญหาเชิงโครงสร้างที่ซับซ้อน ทั้งในด้านขวัญและกำลังใจ รวมถึงคุณภาพชีวิตในการทำงาน แม้ว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองจะมีความพยายามแก้ไขปัญหาด้วยการดำเนินโครงการองค์กรแห่งความสุขมาตั้งแต่ปี 2565 แต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การขาดความสอดคล้องระหว่างโครงการกับความต้องการที่แท้จริงของบุคลากร และการขาดรูปแบบการดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ



ขณะเดียวกันผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของ "คน" ในฐานะที่เป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดของทุกองค์กร และการสร้างความสุขในที่ทำงานเป็นปัจจัยจำเป็นต่อการรักษาบุคลากรที่มีคุณค่า งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง โดยใช้แนวคิดความสุข 9 มิติของ Happinometer เป็นเครื่องมือประเมินหลัก เพื่อให้สามารถพัฒนาองค์กรได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพสูงสุด อันจะนำไปสู่การลงทุนที่คุ้มค่า ในทรัพยากรบุคคล การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในการทำงาน และการป้องกันการสูญเสียบุคลากรที่มีคุณค่า เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบสาธารณสุขในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
2. เพื่อประเมินรูปแบบการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

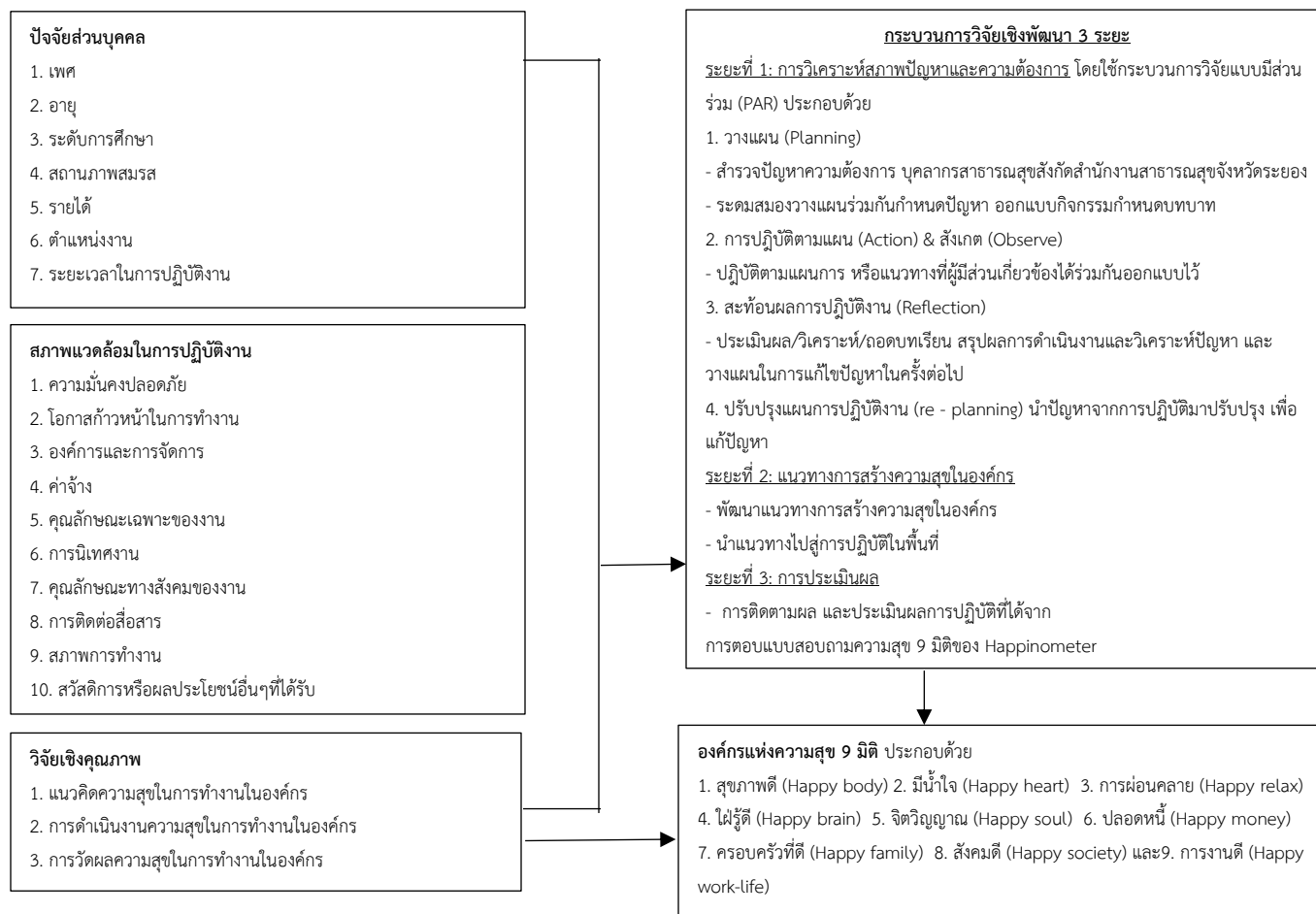
1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และความสุข 9 มิติของ Happinometer ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลต่อการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขแตกต่างกัน
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่ของบุคลากรสาธารณสุข เพิ่มขึ้น หลังจากพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุข และเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุข
3. ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข 9 มิติ ของบุคลากรสาธารณสุข เพิ่มขึ้น หลังจากพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุข และเพิ่มขึ้นก่อนการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุข



กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Design) โดยทำการศึกษาการพัฒนาแบบการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เกือบข้อมูล ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567

ประชากร ประกอบด้วย

1) ประชากรที่ใช้ในงานวิจัยเชิงปริมาณ คือ บุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ปี พ.ศ.2567 จำนวน 157 คน ประกอบด้วย ข้าราชการ 93 คน พนักงานราชการ 20 คน พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 3 คน ลูกจ้างประจำ 1 คน และ ลูกจ้างเหมาบริการ 40 คน เนื่องจากจำนวนประชากรมีขนาดเล็กและสามารถเข้าถึงได้ทั้งหมด ผู้วิจัยจึงใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา โดยไม่ได้ทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง และไม่ทำการสุ่มตัวอย่าง (Singh,



A. S., & Masuku, M. B., 2014) แต่จะใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) แทน

เกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้ 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง และ 2) ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้ 1) ย้ายไปปฏิบัติงานที่อื่นขณะดำเนินการวิจัย และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ หรือติดภารกิจอื่นๆ จะถูกคัดออกจากการศึกษา

2) กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง จำนวน 20 คน ได้แก่ ผู้บริหาร/หัวหน้างาน จำนวน 10 คน และ ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 10 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใช้การสุ่มหรือการคำนวณทางสถิติ แต่ใช้หลักเกณฑ์แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามแนวคิดของ (Sim et al., 2018) ซึ่งระบุว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกควรอยู่ระหว่าง 15-30 คน จึงมีความเพียงพอที่จะสามารถเปิดเผยและทำความเข้าใจถึงแก่นหลักได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกจะต้องสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย รวมถึงการใช้เกณฑ์คัดเข้าและคัดออกตามที่กำหนดไว้เช่นเดียวกับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ตำแหน่งงาน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 1.2 แบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ (ลลธิริมา บุญพิมพ์, 2559) ประกอบด้วย ความมั่นคงปลอดภัย โอกาสก้าวหน้าในการทำงาน องค์กร และการจัดการ ค่าจ้าง คุณลักษณะเฉพาะของงาน การนิเทศงาน คุณลักษณะทางสังคมของงาน การติดต่อสื่อสาร สภาพการทำงาน และสวัสดิการหรือผลประโยชน์อื่น ๆ ที่ได้รับ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ การดำเนินงานมากที่สุด= 5 การดำเนินงานมาก= 4 การดำเนินงานปานกลาง= 3 การดำเนินงานน้อย= 2 และการดำเนินงานน้อยที่สุด = 1 ซึ่งมีการแปรผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับปรับปรุง หมายถึง ต่ำกว่า $\bar{x}(-S.D.)$

ระดับปานกลาง หมายถึง อยู่ระหว่าง $\bar{x}(\pm S.D.)$

ระดับดี หมายถึง สูงกว่า $\bar{x}(+S.D.)$

ส่วนที่ 1.3 แบบสอบถามความสุข 9 มิติของ Happinometer จำนวน 57 ข้อ แบบสอบถามดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) ประกอบด้วย 1. สุขภาพดี (Happy body) 2. มีน้ำใจ (Happy heart) 3. การผ่อนคลาย (Happy relax) 4. ใฝ่รู้ดี (Happy brain) 5. จิตวิญญาณ (Happy



soul) 6. ปอดหนี้ (Happy money) 7. ครอบครัวที่ดี (Happy family) 8. สังคมดี (Happy society) และ 9. การงานดี (Happy work-life) ได้รับ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด = 5 เห็นด้วยมาก = 4 เห็นด้วยปานกลาง = 3 เห็นด้วยน้อย = 2 และเห็นด้วยน้อยที่สุด = 1 ซึ่งมีการแปรผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ประสงค์ โคตรมงคล, 2565) ดังนี้

ระดับปรับปรุง หมายถึง ต่ำกว่า $\bar{x}(-S.D.)$

ระดับปานกลาง หมายถึง อยู่ระหว่าง $\bar{x} (\pm S.D.)$

ระดับสูง หมายถึง สูงกว่า $\bar{x}(+S.D.)$

2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้างหรือแบบมาตรฐาน (Standardized interview) ซึ่งลักษณะของคำถามเป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิด (open-ended question) ประกอบด้วย ส่วนที่ 2.1 เป็นคำถามเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างความสุขในการทำงานในขององค์กร

ส่วนที่ 2.2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดำเนินงานการสร้างความสุขในการทำงานในองค์กร และส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการวัดผลการสร้างความสุขในการทำงานในขององค์กร เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (Individual depth interview)

3) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร โดยใช้แนวคิด “การสร้างความสุขในองค์กร 9 มิติ” ของ Happinometer (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 1

แนวทางการสร้างองค์กรแห่งความสุข 9 มิติ	กิจกรรม
1. สุขภาพดี (Healthy body)	1. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น เดิน-วิ่ง, โยคะ, กายภาพในที่ทำงาน 2. มีมุมสุขภาพ/มุมผ่อนคลาย เช่น มุมนวดเก้าอี้, มุมพักสายตา 3. จัดอบรมความรู้ด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาพตนเอง
2. จิตใจดี (Happy heart)	1. ส่งเสริมกิจกรรมดูแลสุขภาพจิต เช่น กิจกรรมผ่อนคลาย ความเครียด, เว็รูกซ์อป mindfulness 2. มีนักจิตวิทยาหรือทีมฝ่ายบริหารบุคคล ดูแลปัญหาส่วนตัวของพนักงานแบบไม่เปิดเผย 3. สร้างพื้นที่ปลอดภัยให้แสดงความคิดเห็น
3. การผ่อนคลาย (Happy relax)	1. จัดกิจกรรมฝึกสมาธิสั้น (mindfulness) สัปดาห์ละครั้ง 2. กำหนดนโยบายให้บุคลากร “ลาพักในวันเกิด” 3. จัดมุมพักผ่อนในสำนักงาน เช่น □ มุมเงียบ (Quiet zone) □ มุมชา-กาแฟพร้อมเก้าอี้สบาย



แนวทางการสร้างองค์กรแห่งความสุข 9 มิติ	กิจกรรม
4. ใฝ่รู้ดี (Happy brain)	1. ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง 2. มีแผนพัฒนาอาชีพ (Career Path) ที่ชัดเจน 3. สนับสนุนทุนการศึกษาต่อ / อบรมภายใน-ภายนอก
5. จิตวิญญาณ (Happy soul)	1. ปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรม และความโปร่งใสในการทำงาน 2. จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมจริยธรรม เช่น กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ 3. มีรางวัลหรือการยกย่องเชิดชูพนักงานที่มีคุณธรรม
6. ปลอดภัย (Happy money)	1. ให้ความรู้ด้านการบริหารการเงิน เช่น อบรมวางแผนทางการเงิน 2. มีที่ปรึกษาทางการเงินหรือเชื่อมโยงกับหน่วยงานให้คำปรึกษา 3. ส่งเสริมสวัสดิการแบบเลือกได้ เช่น สะสมเงิน, กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ
7. ครอบครัวที่ดี (Happy family)	1. จัดกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ เช่น family day, พาลูกมาทำงานได้ 2. สนับสนุนวันลาเลี้ยงดูบุตร / ความยืดหยุ่นในการทำงาน 3. มีสวัสดิการครอบครัว เช่น ทุนการศึกษาบุตร, ค่ารักษาพยาบาลครอบครัว
8. สังคมดี (Happy society)	1. ส่งเสริมการมีจิตอาสา เช่น สาธุอาสา, วันจิตอาสาบังคับใช้ได้ 2. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคลากรในงานสาธารณะ 3. พัฒนาความสัมพันธ์กับชุมชนรอบข้าง
9. การงานดี (Happy work-life)	1. จัดโครงสร้างงานให้เหมาะสมกับศักยภาพ 2. ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เอื้อต่อประสิทธิภาพ 3. รับฟังและปรับตาม feedback ของบุคลากร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามและ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.50 - 1.00 และผู้วิจัยได้ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน พบว่าแบบสอบถามสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.80 และแบบสอบถามความสุข 9 มิติของ Happinometer มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2567 และผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามแนวคิดของ (Kemmis & McTaggart, 1988) มาใช้ในกระบวนการศึกษา



สามารถแบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร และ ระยะที่ 3 การประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามแนวคิดของ (Kemmis & McTaggart, 1988) มาใช้ในกระบวนการศึกษา ประกอบด้วย

1) วางแผน (Planning) โดยการประเมินสภาพปัญหา และการวางแผนศึกษารายงานจากการประเมินความสุขในการทำงานของเจ้าหน้าที่ ค้นหาปัญหาวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และวางแผนในการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) และสังเกตการณ์ (observation) คือ ดำเนินการตามแผนในการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุข และการติดตามการดำเนินการในการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

3) ขั้นตอนการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการติดตามการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุและแนวทางในการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

4) ปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) คือ นำข้อมูลที่เกิดขึ้นมาพิจารณาว่าเหตุใดถึงไม่บรรลุเป้าหมาย เพื่อแก้ไขปัญหานำไปสู่การตั้งเป้าหมายใหม่ เพื่อให้บุคลากรสามารถมีความสุขในการทำงาน และไปสู่การสร้างองค์กรแห่งความสุขที่แท้จริง

ระยะที่ 2: การพัฒนาแนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ประกอบด้วย

1) การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องการพัฒนาแนวทาง “การสร้างความสุขในองค์กร” โดยอิงจากหลักการของ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555)

2) การพัฒนาแนวทางการสร้างความสุขในองค์กร โดยใช้แนวคิด “การสร้างความสุขในองค์กร” ของ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555)

3) การทดลองการใช้แนวทางการพัฒนาทางสร้างความสุขในองค์กร โดยการใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design: One group pretest-posttest design)

ระยะที่ 3: การประเมินผล คือ การติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติที่ได้จากการตอบแบบสอบถามความสุข 9 มิติของ Happinometer ก่อนและหลังการใช้แนวทางการพัฒนาทางสร้างความสุขในองค์กร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน วิเคราะห์ผลลัพธ์ของความสุข 9 มิติของ Happinometer ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ตามหนังสือรับรองจริยธรรมวิจัย เลขที่เอกสารรับรอง COA No. 13/2567 เลขที่โครงการวิจัย REC-RY No. 13/2567 วันที่รับรอง 14 พฤษภาคม 2567 วันที่หมดอายุ 14 พฤษภาคม 2568

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 157 คน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.4 รองลงมา เป็นเพศชาย เป็นร้อยละ 23.6 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพแต่งงานและอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 44.6 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 15,000-45,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.6 มีรายได้เฉลี่ย 28,123.85 บาท ลักษณะงานที่ทำงานส่วนใหญ่เป็นงานสำนักงาน คิดเป็นร้อยละ 68.85 และมีระยะเวลาที่ทำงานในองค์กร ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 31.8 จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ความสุขคนทำงาน อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 51.0 โดยมีมิติที่ต้องปรับปรุง ได้แก่ มิติสุขภาพ มิติผ่อนคลาย มิติสุขภาพการเงินดี และการงานดี จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ ไม่แน่ใจ หรือไม่เคยเห็นนโยบายที่เป็นรูปธรรม เกี่ยวกับความสุขในการทำงานในองค์กร บางรายระบุว่าไม่เคยเห็นนโยบายนี้เลยแม้กระทั่งสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ การดำเนินงานความสุขในการทำงานในองค์กรมีกิจกรรมทั่วไป เช่น งานปีใหม่และกีฬาสามัคคี แต่ยังขาดกิจกรรมที่มุ่งเน้นด้านความสุขโดยตรง และบุคลากรไม่มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมความสุข ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของแต่ละหน่วยงาน จากสภาพปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าชี้ให้เห็นว่าองค์กรอาจยังไม่มีนโยบายหรือแผนงานด้านความสุขในการทำงานที่เป็นรูปธรรมและชัดเจนเท่าที่ควร แม้ว่าจะมีกิจกรรมบางอย่างที่จัดขึ้น แต่ยังขาดการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการออกแบบและอาจยังไม่ได้ตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริง

ระยะที่ 2 การพัฒนาแนวทางการสร้างความสุขในองค์กร

จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ได้นำมาพัฒนาแนวทางการสร้างความสุขในองค์กร โดยอิงจากหลักการ “การสร้างความสุขในองค์กร” ของ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ 1. สุขภาพดี โดยการส่งเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมเคลื่อนไหว มุมผ่อนคลาย และการอบรมความรู้ด้านโภชนาการและการดูแลตนเอง 2. จิตใจดี โดยส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมผ่อนคลายและเวิร์กช็อป mindfulness พร้อมจัดทีมดูแลปัญหาส่วนตัวและสร้างพื้นที่ปลอดภัยในการแสดงความคิดเห็น 3. การผ่อนคลาย โดยส่งเสริมความสุขในที่ทำงานผ่านกิจกรรมฝึกสมาธิ นโยบายลาพักร้อนเกิด มุมพักผ่อนในสำนักงาน และวันพาสต์วี่เลี้ยงมาออฟฟิศ 4. ใฝ่รู้ดี โดยส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องด้วยแผนพัฒนาอาชีพที่ชัดเจน พร้อมสนับสนุนทุนการศึกษาและการอบรมทั้งภายในและภายนอก 5. จิตวิญญาณ โดยส่งเสริมคุณธรรมและความโปร่งใสผ่านกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ พร้อมยกย่องพนักงานที่มีจริยธรรมในการทำงาน 6. ปลอดภัย โดยส่งเสริมความมั่นคงทางการเงินผ่านการอบรมวางแผน การให้คำปรึกษา และ



สวัสดิการแบบเลือกได้ 7. ครอบครัวที่ดี โดยส่งเสริมความสุขครอบครัวผ่านกิจกรรมสัมพันธ์ สันทิลาหยุดเลี้ยงดูบุตร และสวัสดิการด้านการศึกษากับสุขภาพครอบครัว 8. สังคมดี โดยส่งเสริมจิตอาสาและการมีส่วนร่วมในงานสาธารณะ พร้อมพัฒนาความสัมพันธ์กับชุมชนโดยรอบอย่างต่อเนื่อง และ 9. การงานดี โดยการปรับโครงสร้างงานและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม พร้อมรับฟังและปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของบุคลากรเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

ระยะที่ 3 การประเมินผล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

3.1 สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน

สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุข พบว่าส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากการดำเนินการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองพบว่า สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานของบุคลากรภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ก่อนและหลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของจำแนกตามสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานของบุคลากรภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ก่อนและหลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ด้วยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยภายในสองกลุ่ม (paired t-test) (N=157)

สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติ	$\bar{X} \pm S.D.$	Mean Difference	t	p-value
สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติ (ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุข)		-0.726	-0.406	0.685
ก่อน	101.55 $\pm$ 16.991			
หลัง	102.27 $\pm$ 17.342			

*p-value < 0.05

3.2 ความสุข 9 มิติของ Happinometer

ด้านความสุข 9 มิติของ Happinometer ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการดำเนินพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุข พบว่า ภาพรวมความสุข 9 มิติได้แก่ 1. สุขภาพดี (Happy body) 2. มีน้ำใจ (Happy heart) 3. การผ่อนคลาย (Happy relax) 4. ใฝ่รู้ดี (Happy brain) 5. จิตวิญญาณ (Happy soul) 6. ปลอดภัย (Happy money) 7. ครอบครัวที่ดี (Happy family) 8. สังคมดี (Happy society) และ 9. การงานดี (Happy work-life) ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระยองมีสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (51.0%)

ภายหลังจากการดำเนินการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง พบว่ามีผลการศึกษาน่าสนใจอยู่ 2 มิติ ประกอบด้วย มิติที่ 1 สุขภาพดี (Happy body) และมิติที่ 9 การงานดี (Happy work-life) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สุขภาพดี (Happy body) พบว่า เส้นรอบเอว ก่อนการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร มีค่าคะแนนเฉลี่ย 79.73 (S.D. $\pm$ 18.40) หลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร มีค่าคะแนนเฉลี่ย 68.03 (S.D. $\pm$ 24.15) ซึ่งมี



ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.001$ ขณะเดียวกับการออกกำลังกายเฉลี่ยต่อสัปดาห์ พบว่า ก่อนการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กรมีค่าคะแนนเฉลี่ย 1.89 (S.D. $\pm$ 0.954) และหลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กรมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.15 (S.D. $\pm$ 1.075) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} = 0.018$

อย่างไรก็ตามตัวแปรอื่นๆ เช่น ดัชนีมวลกาย การรับประทานอาหารเข้า โดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ความพึงพอใจกับสุขภาพกายของท่าน ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดระยอง ก่อนและหลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของบุคลากรภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง จำแนกตามสุขภาพดี (Happy body) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ด้วยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยภายในสองกลุ่ม (paired t-test) (N=157)

สุขภาพดี (Happy body)	$\bar{X} \pm S.D.$	Mean Difference	t	p-value
1. ดัชนีมวลกาย				
ก่อน	24.27 $\pm$ 4.85	0.23	0.476	0.634
หลัง	24.03 $\pm$ 4.37			
เส้นรอบเอว				
ก่อน	79.73 $\pm$ 18.40	11.69	4.972	0.001*
หลัง	68.03 $\pm$ 24.15			
2. โดยปกติท่านกินอาหารเข้า โดยเฉลี่ย				
สัปดาห์ละกี่วัน				
ก่อน	3.65 $\pm$ 1.395	0.127	0.787	0.432
หลัง	3.52 $\pm$ 1.412			
3. ปัจจุบันท่านออกกำลังกายโดยเฉลี่ย				
สัปดาห์ละกี่วัน				
ก่อน	1.89 $\pm$ 0.954	-0.268	-2.383	0.018*
หลัง	2.15 $\pm$ 1.075			
4. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ ใบจาก / ยา				
เส้น หรือไม่				
ก่อน	4.78 $\pm$ 0.692	0.064	0.766	0.445
หลัง	4.72 $\pm$ 0.807			
5. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มี				
แอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ สาโท				
หรือสุราพื้นบ้านหรือไม่				
ก่อน	3.5 $\pm$ 1.191	-0.006	-0.048	0.961
หลัง	3.5 $\pm$ 1.153			



สุขภาพดี (Happy body)	$\bar{X} \pm S.D.$	Mean Difference	t	p-value
6. โดยรวมแล้วท่านพึงพอใจกับสุขภาพ กายของท่านหรือไม่				
ก่อน	3.16 $\pm$ 0.944	0.006	0.055	0.956
หลัง	3.15 $\pm$ 0.856			

*p-value < 0.05

2) ด้านการงานดี (Happy work-life) พบว่า พบว่า ด้านโอกาสได้ศึกษาต่อ ก่อนการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.48 (S.D. $\pm$ 0.087) หลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กรมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.06 (S.D. $\pm$ 0.091) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value= 0.002 ขณะที่ด้านโอกาสเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ก่อนการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.91 (S.D. $\pm$ 0.091) หลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กรมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.63 (S.D. $\pm$ 0.081) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value= 0.015 ด้านการทำงานอย่างมีความสุข ก่อนการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.44 (S.D. $\pm$ 0.058) หลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กรมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.24 (S.D. $\pm$ 0.065) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value= 0.027 ด้านความภาคภูมิใจที่ได้เป็นพนักงาน/บุคลากรขององค์กร/ได้ทำงานภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ก่อนการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 (S.D. $\pm$ 0.067) หลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กรมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.43 (S.D. $\pm$ 0.067) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value= 0.011 และด้านความเป็นเจ้าของร่วมขององค์กรที่ทำในปัจจุบัน ก่อนการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.22 (S.D. $\pm$ 0.971) หลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กรมีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.97 (S.D. $\pm$ 0.943) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value= 0.018 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของบุคลากรภายใต้สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง จำแนก ตามด้านการงานดี (Happy work-life) ก่อนและหลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร ด้วยการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยภายในสองกลุ่ม (paired t-test) (N=157)

การงานดี (Happy work-life)	$\bar{X} \pm S.D.$	Mean Difference	t	p-value
1. มีความสุขต่อสภาพแวดล้อมโดยรวม ขององค์กร หรือไม่				
ก่อน	3.25 $\pm$ 0.060	0.089	0.957	0.340
หลัง	3.16 $\pm$ 0.061			
2. ได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพที่ดี จากองค์กร หรือไม่				
ก่อน	3.23 $\pm$ 0.063	0.064	0.713	0.477
หลัง	3.17 $\pm$ 0.063			



การงานดี (Happy work-life)	$\bar{X} \pm S.D.$	Mean Difference	t	p-value
3. พึงพอใจกับสวัสดิการที่องค์กรจัดให้หรือไม่				
ก่อน	2.86 $\pm$ 0.070	-0.025	-0.261	0.795
หลัง	2.89 $\pm$ 0.073			
4. ได้รับการปฏิบัติอย่างถูกต้องตามกฎหมายแรงงาน/พรบ.ข้าราชการ 2551 จากองค์กร หรือไม่				
ก่อน	3.41 $\pm$ 0.073	0.159	1.537	0.126
หลัง	3.25 $\pm$ 0.067			
5. ได้รับการพิจารณาเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง/ปรับขึ้นเงินค่าจ้างประจำปีเหมาะสมหรือไม่				
ก่อน	3.11 $\pm$ 0.965	0.089	0.842	0.401
หลัง	3.02 $\pm$ 0.951			
6. อาชีพในขณะนี้มีความมั่นคง หรือไม่				
ก่อน	3.52 $\pm$ 0.080	0.140	1.286	0.200
หลัง	3.38 $\pm$ 0.080			
7. ค่าตอบแทนที่ได้รับคุ้มค่ากับความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการทำงาน				
ก่อน	2.90 $\pm$ 0.071	0.070	0.693	0.489
หลัง	2.83 $\pm$ 0.070			
8. ขณะที่ทำงานอยู่ในองค์กรนี้ หากมีโอกาสได้ศึกษาต่อและเมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว จะทำงานต่อหรือว่าลาออก				
ก่อน	3.48 $\pm$ 0.087	0.414	3.161	0.002*
หลัง	3.06 $\pm$ 0.091			
9. ถ้ามีโอกาสเปลี่ยนสถานที่ทำงานหรือองค์กรอื่นชวน/ติดต่อไปทำงานพร้อมที่จะไป หรือไม่				
ก่อน	2.91 $\pm$ 0.077	0.280	2.461	0.015*
หลัง	2.63 $\pm$ 0.081			
10. โดยรวมแล้วสามารถแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในข้อเสนอแนะกับนายจ้าง หรือหัวหน้างาน หรือไม่				
ก่อน	3.11 $\pm$ 0.980	0.140	1.228	0.221
หลัง	2.97 $\pm$ 1.068			



การงานดี (Happy work-life)	$\bar{x} \pm s.d.$	Mean Difference	t	p-value
11. ความถูกต้อง ของการจ่ายค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา ฯลฯ ที่ได้รับจากองค์กร เป็นอย่างไร				
ก่อน	4.25±0.072	-0.006	-0.059	0.953
หลัง	4.26±0.079			
12. ความตรงเวลา ของการจ่ายค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา ฯลฯ ที่ได้รับจากองค์กร เป็นอย่างไร				
ก่อน	3.86±0.103	-0.217	-1.746	0.083
หลัง	4.08±0.092			
13. โดยรวมแล้วทำงานอย่างมี “ความสุข” หรือไม่				
ก่อน	3.44±0.058	0.205	2.236	0.027*
หลัง	3.24±0.065			
14. มีความภาคภูมิใจที่ได้เป็น พนักงาน/บุคลากรขององค์กร/ได้ ทำงานในองค์กรนี้หรือไม่				
ก่อน	3.67±0.067	0.242	2.573	0.011*
หลัง	3.43±0.067			
15. รู้สึกเป็นเจ้าของร่วมขององค์กรที่ ทำงานในปัจจุบัน หรือไม่				
ก่อน	3.22±0.971	0.255	2.384	0.018*
หลัง	2.97±0.943			
16. โดยรวมแล้ว ปัจจุบัน ความสุขอยู่ ในระดับใด				
ก่อน	3.45±0.059	0.185	1.965	0.051
หลัง	3.26±0.856			

*p-value < 0.05

ดังนั้นจากผลการศึกษา สรุปได้ว่า ภายหลังจากการดำเนินการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง พบว่ามีผลการศึกษาที่น่าสนใจอยู่ 2 มิติ ประกอบด้วย มิติที่ 1 สุขภาพดี (Happy body) และ มิติที่ 9 การงานดี (Happy work-life) ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ขณะที่มิติด้านอื่นๆ ได้แก่ มิติที่ 2. มีน้ำใจ (Happy heart) มิติที่ 3. การผ่อนคลาย (Happy relax) มิติที่ 4. ใฝ่รู้ดี (Happy brain) มิติที่ 5. จิตวิญญาณ (Happy soul) มิติที่ 6. ปลอดภัย (Happy money) มิติที่ 7. ครอบครัวที่ดี (Happy family) และ มิติที่ 8. สังคมดี (Happy society) ไม่มีความแตกต่างกันก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุข นอกจากนี้



ยังพบข้อมูลสนับสนุนจากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าองค์กรยังไม่มียุทธศาสตร์หรือแนวคิดเกี่ยวกับความสุขในการทำงานที่เป็นรูปธรรมและชัดเจนเท่าที่ควร การดำเนินงานด้านความสุขยังเน้นกิจกรรมทั่วไป และขาดแผนการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง และการประเมินผลยังไม่เป็นระบบ

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของธนสิทธิ์ สุจริตภักดี และพุทธิไกร ประมวล (2566) ที่ชี้ให้เห็นโครงสร้างกำลังคนในระบบสาธารณสุข มีสัดส่วนบุคลากรหญิงสูง อย่างไรก็ตาม ในระดับบริหารมักมีผู้ชายดำรงตำแหน่งผู้นำหลัก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อรูปแบบการบริหารที่เน้นผลสัมฤทธิ์และความเด็ดขาด จนอาจไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานของบุคลากรหญิง จากการวิเคราะห์วิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่า ระดับความสุขในการทำงานของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 51.0 โดยเฉพาะในมิติสุขภาพกาย การผ่อนคลาย สุขภาพการเงิน และภาระงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2565) และการศึกษาของสมโภช รติโอฬาร, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทรงค์ (2564) ที่พบว่าดัชนีที่ใช้วัดความสุขในการทำงาน 9 มิติ อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ร้อยละ 63.92 และเสนอให้หน่วยงานส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างรอบด้าน พร้อมศึกษาสถานการณ์อย่างต่อเนื่องเพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของบุคลากร นอกจากนี้ยังพบข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ระบุว่าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่เคยรับรู้ถึงนโยบายด้านความสุขที่เป็นรูปธรรม และขาดการมีส่วนร่วมในการออกแบบแนวทางการส่งเสริมความสุขที่ตอบสนองถึงความต้องการที่แท้จริง

จากผลการทดลองการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร พบว่า ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานก่อนและหลังการดำเนินการตามแนวทางดังกล่าวไม่แตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความสุขในองค์กรในระยะเวลาที่กำหนด อาจยังไม่ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคลากรในด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานอย่างชัดเจน ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนสิทธิ์ สุจริตภักดี และ พุทธิไกร ประมวล (2566) ที่พบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงาน สภาพการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กรโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือบรรยากาศทางกายภาพขององค์กรในระยะเวลาอันสั้น ขณะเดียวกัน การศึกษาของ ลลธิริมา บุญพิมพ์ (2559) ได้ชี้ให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานมีผลต่อความสุขของบุคลากร โดยเฉพาะในด้านโอกาสก้าวหน้า ค่าตอบแทน และสวัสดิการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ต้องอาศัยการวางแผนและการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นระบบ จึงอาจยังไม่ปรากฏผลลัพธ์ที่ชัดเจนในช่วงเวลาของการทดลอง นอกจากนี้ การศึกษาของ สมโภช บุญวัน, สมโภช รติโอฬาร และวรางคณา จันทรงค์ (2564) ยังพบว่า สภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งสนับสนุนแนวคิดที่ว่า หากองค์กรสามารถจัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกสถานที่ทำงานให้มีความน่าอยู่ จะส่งผลให้บุคลากรรู้สึกอบอุ่นเหมือนอยู่บ้าน (Happy home) และเกิดความสุขในการทำงานร่วมกัน อย่างไรก็ตาม การที่ผลการทดลองไม่พบความแตกต่างด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน อาจเป็น



ผลจากข้อจำกัดด้านระยะเวลา งบประมาณ หรือแนวทางที่เน้นด้านจิตใจและวัฒนธรรมมากกว่าการปรับปรุงทางกายภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรนำไปพิจารณาในการวางแผนพัฒนาองค์กรในระยะยาวต่อไป

ผลการประเมินความสุข 9 มิติของ Happinometer ก่อนและหลังการใช้แนวทางการสร้างความสุขในองค์กร พบว่า มิติที่ 1 ด้านสุขภาพดี (Happy body) และมิติที่ 9 ด้านการงานดี (Happy work-life) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสะท้อนถึงผลลัพธ์เชิงบวกที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในด้านสุขภาพกายและความสุขในการทำงาน อันอาจเป็นผลมาจากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่องค์กรจัดขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการดูแลตนเอง รวมถึงการพัฒนาระบบการทำงานที่เปิดโอกาสให้บุคลากรเติบโตในสายอาชีพ มีความผูกพัน และได้รับการยอมรับในองค์กร อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของประสงค์ โคตรมงคล (2565) ซึ่งพบว่าหลังจากพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุข บุคลากรมีความสุขโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในมิติด้านน้ำใจดี (Happy heart) ใฝ่รู้ดี (Happy brain) และผ่อนคลายดี (Happy relax) ซึ่งเป็นมิติที่ไม่พบความแตกต่าง อาจสะท้อนถึงความแตกต่างด้านบริบทองค์กร ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม หรือรูปแบบการส่งเสริมที่ยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องเพียงพอ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของธนสิทธิ์ สุจริตภักดี และพุทธิไกร ประมวล (2566) ที่ระบุว่าปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อองค์กรแห่งความสุข ได้แก่ รายได้ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ ความสัมพันธ์ทางสังคม โอกาสความก้าวหน้า และสภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งในงานวิจัยนี้พบว่ามิติด้านการงานดีมีการเปลี่ยนแปลง แต่ด้านรายได้และสวัสดิการยังไม่แสดงผลที่ชัดเจน อันอาจเป็นข้อบ่งชี้ว่านโยบายด้านค่าตอบแทนยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรอย่างแท้จริง ขณะที่มิติด้านอื่นๆ อีก 7 มิติ ได้แก่ มิติที่ 2. มีน้ำใจ (Happy heart) มิติที่ 3. การผ่อนคลาย (Happy relax) มิติที่ 4. ใฝ่รู้ดี (Happy brain) มิติที่ 5. จิตวิญญาณ (Happy soul) มิติที่ 6. ปลอดภัย (Happy money) มิติที่ 7. ครอบครัวที่ดี (Happy family) และมิติที่ 8. สังคมดี (Happy society) ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงในมิติอื่นๆ ของความสุข ยังไม่เกิดขึ้นอย่างชัดเจน อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมที่ยังไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือทัศนคติที่ฝังรากลึก โดยเฉพาะในมิติที่เกี่ยวข้องกับคุณค่าภายใน เช่น การมีน้ำใจ การผ่อนคลาย หรือจิตวิญญาณ ซึ่งต้องอาศัยการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้น ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาองค์กรแห่งความสุขสามารถส่งผลต่อสุขภาพกายและความสุขในการทำงานได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่การเปลี่ยนแปลงในมิติอื่นๆ ยังต้องอาศัยการออกแบบแนวทางที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อบริบทเฉพาะของบุคลากร โดยเน้นการมีส่วนร่วม การรับรู้เชิงนโยบาย และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อความสุขในทุกมิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. องค์กรควรกำหนดนโยบายด้านความสุขในการทำงานที่ชัดเจนและครอบคลุมทุกมิติ โดยบรรจุเป้าหมายด้านความสุขไว้ในแผนยุทธศาสตร์หรือแผนพัฒนาบุคลากรขององค์กร เช่น สุขภาพกายดี การงานดี และความผูกพันต่อองค์กร



2. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย เวิร์กช็อปคลายเครียด รวมถึงกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ในที่ทำงานและครอบครัว เพื่อเสริมสร้างความสุขในมิติสุขภาพกายการผ่อนคลาย และความผูกพันในองค์กร

3. องค์กรควรนำเครื่องมือ Happinometer มาใช้วัดผลอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุกปีงบประมาณ เพื่อประเมินแนวโน้มความต้องการของบุคลากร ตลอดจนวางแผนพัฒนาแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง และตอบสนองต่อบริบทเฉพาะของแต่ละหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากหลายจังหวัด หรือหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในบริบทที่แตกต่างกัน

2. ควรมีการเก็บข้อมูลในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อตรวจสอบผลกระทบของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขในระยะยาว และดูว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย สุขภาพใจ และความสุขในการทำงานจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

3. ควรมีการเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาองค์กรแห่งความสุข เพื่อประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากแนวทางดังกล่าวอย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการขับเคลื่อนความสุขกระทรวงสาธารณสุข 2562-2563. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). ผลการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) และผลการประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ฐิราภรณ์ ชัยมงคล. (2564). การพัฒนาแผนงานเชิงนโยบายเพื่อสร้างองค์กรแห่งความสุข 4.0 ตามต้นแบบคุณลักษณะองค์กรแห่งความสุขภาคธุรกิจชั้นนำของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธนสิทธิ์ สุจริตภักดี และพุทธิไกร ประมวล. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ*, 2(2), 103-111.
- นิสาชล ฉัตรทอง, กมลพร สอนศรี, จิตรดา อมรวัฒนา และวฤชพร ญัฐรุจิโรจน์. (2559). แนวทางการจัดการความสุขในการทำงานกรณีศึกษา คณะ/องค์กรมหาวิทยาลัยของรัฐ. *วารสารช่อพะยอม*, 27(1), 131-145.
- ประสงค์ โคตรมงคล. (2565). การพัฒนารูปแบบองค์กรแห่งความสุขของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากชมจังหวัดเลย. *เขตสุขภาพที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข*.



- พงศ์ศุทธิ์ จีระวัฒนรักษ์. (2566). สุขภาวะแบบองค์รวมในองค์กรยุคใหม่ สร้างได้ ด้วย Happy Workplace. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th>.
- ลัทธิมา บุญพิมพ์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อองค์กรแห่งความสุขของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ [วิทยานิพนธ์หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สมโภช บุญวัน, สมโภช รติโอพาร และวรางคณา จันทร์คง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 7(3), 139-151.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *คู่มือการวัดความสุขด้วยตนเอง Happinomete*. โรงพิมพ์ธรรมดาเพรส จำกัด.
- Ipsos. (2023). Global happiness 2023. Retrieved January 9, 2023, from https://library.cmu.ac.th/file_upload/jbimages/ResearchSupport/APA7.pdf
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). Participatory Action Research: Communicative Action and Public Sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Sim, J., Saunders, B., Waterfield, J., & Kingstone, T. (2018). Can sample size in qualitative research be determined a priori? *International Journal of Social Research Methodology*, 21(5), 619-634. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1454643>
- Singh, A. S., & Masuku, M. B. (2014). Sampling techniques & determination of sample size in applied statistics research: An overview. *International Journal of Economics, Commerce and Management*, 2(11), 1-22.



การศึกษาประสิทธิผลลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นในผู้ป่วยดหลังส่วนล่าง

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

บุญยวีร์ สุทธิธรรมสูง^{1*}, และพนาวลัย ทองคร่ำ² ชูติมา รัตติกาลธारा³, เบญจวรรณ พุนธนานิวัฒน์กุล^{4*}, และศราวดี แพะขุนทด⁴

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบัวเกาะ กรุงเทพมหานคร

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคูเวียง จังหวัดนนทบุรี

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระยาอนุบาลติดถรณ์ (เสน โกศโยธม) จังหวัดนนทบุรี

⁴วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 26 สิงหาคม 2568 ; วันที่แก้ไข: 6 พฤศจิกายน 2568 ; วันที่ตอบรับ: 6 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

วิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวางก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวางก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างทาบริเวณหลังส่วนล่างที่ปวด วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น เป็นเวลา 7 วัน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น 2) แบบประเมินอาการปวดโดยใช้วิธี Numerical rating scale (NRS) และแบบบันทึกความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างโดยเครื่อง Digital WE Algometer ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาคของแบบประเมินความพึงพอใจได้ค่าเท่ากับ 0.82 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดและคะแนนเฉลี่ยระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$) จากผลการศึกษาพบว่า ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปต่อยอดผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์ได้ในอนาคต

คำสำคัญ: ตำรับยาทาพระเส้น, ลูกกลิ้ง, อิมัลชัน, ปวดหลังส่วนล่าง

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** เบญจวรรณ พุนธนานิวัฒน์กุล; e-mail: benjawan@kmpht.ac.th



Efficacy of Ya-ta-pra-sen in Relieving Low Back Pain at Khlong Khwang Sub-district Health Promoting Hospital Sai Noi District Nonthaburi Province

Boonyawee Sutthithamsung^{1*}, Panawan Thongkram² Chutima Rattikarntara³, Benjawan Poonthananiwatkul^{4*}, and Sarawut Phaekhuntod⁴, ,

¹Bang Khu Wiang Subdistrict Health Promotion Hospital, Bangkok

²Phayaanuban Subdistrict Health Promoting Hospital, Nonthaburi

³Bua Kro Subdistrict Health Promotion Hospital, Nonthaburi

^{4*}Kanchanabhisek Institute of Medical and Technology, Public health and allied health faculty, Prabaromarajchanok Institute

(Received: 26 August 2025 ; Revised: 6 November 2025 ; Accepted: 6 November 2025)

Abstract

This research was a quasi-experimental, pretest-posttest design study comparing the before and after experiment pain levels of patients with low back pain. The objectives were 1) to compare the average of pain levels of patients with lower back pain who received health services from the Wat Khlong Khwang Hospital before and after using the Ya-Ta-Pra-Sen emulsion roller; and 2) to compare the average of tissue hardness levels of patients with lower back pain who received health services from the Wat Khlong Khwang Hospital before and after using the Ya-Ta-Pra-Sen emulsion roller. The sample in this study included 30 patients who were selected by purposive sampling and the participants used the roller for low back pain twice a day for 7 days. Research tools included 1) the Ya-Ta-Pra-Sen emulsion roller and 2) a lower back pain assessment form using the Numerical Rating Scale (NRS), and tightness recording form using an Digital WE algometer. Cronbach's Alpha Coefficient was calculated to be 0.82. Data was collected from July 2023 to March 2024. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations (S.D.), and Paired t – tests.

The results of the study found that the averages of the pain levels of and the tissue hardness levels of the low back were significantly different before and after using the Ya-Ta-Pra-Sen emulsion roller among people receiving the treatment at Khlong Khwang Subdistrict Health Promoting Hospital at a level of 0.05 ($p < 0.05$). The findings show that the Ya-Ta-Pra-Sen emulsion roller can relieve lower back pain effectively and that it could be used to develop commercial products in the future.

Keywords: Ya-ta-pra-sen, roller, emulsion, low back pain

***Corresponding author:** Benjawan Poonthananiwatkul; email: benjawan@kmpht.ac.th



บทนำ

การปวดเป็นสัญญาณหนึ่งแสดงถึงความผิดปกติของร่างกาย ในปัจจุบันมีประชากรประมาณร้อยละ 60 - 85 ของประชากรทั่วโลกที่พบว่ามีการปวดหลังส่วนล่างเกิดขึ้นอย่างน้อย 1 ครั้ง ตลอดช่วงชีวิต ลักษณะของอาการมักจะ เป็น ๆ หาย ๆ และกลับมาเป็นซ้ำถึงร้อยละ 70 - 80 โดยอาการปวดหลังส่วนล่างจะรบกวนการทํากิจการต่าง ๆ เช่น การยืน การเดิน เป็นต้น (อิติมา ณรงค์ศักดิ์, นภาพิศ ฉิมนาคนบุญ และศิริศิลป์ ไชยเชษ, 2562) จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในประเทศไทย 68,191,203 คน พบว่ามีผู้ที่มีความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ 1,411,963 คน ซึ่งพบผู้ป่วยมากที่สุดเป็นอันดับ 2 รองจากโรคเรื้อรังของระบบหายใจ ใน 14 กลุ่มโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566) จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ทราบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีปัญหาเกี่ยวกับกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ (Muscle Pain) โดยเฉพาะอาการปวดหลัง ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่การปวดเฉพาะบริเวณส่วนใดส่วนหนึ่งของหลัง เช่น หลังส่วนล่าง หรือปวดขึ้นมาถึงบริเวณต้นคอ ผลจากภาวะปวดหลังส่วนล่างในระดับมาก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เกิดภาวะจำกัดความสามารถของร่างกายเป็นเวลานานส่งผลต่อกล้ามเนื้อหลังอ่อนล้าทำให้เกิดความพิการได้นอกจากนี้อาการปวดหลังยังส่งผลต่อจิตสังคมและเศรษฐกิจ จากการรักษาที่ยาวนานทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นเรื่อย ๆ รวมทั้งทำให้ต้องขาดงานหรือหยุดงาน เกิดปัญหาครอบครัวตามมา (อมรรัตน์ แสงใสแก้ว, จุรีรัตน์ กอเจริญยศ, บุญรอด ดอนประเพ็ง และมารศรี ศิริสวัสดิ์, 2562)

การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่างในปัจจุบันนิยมใช้การใช้ยาลดการอักเสบยาคลายกล้ามเนื้อ และยาบรรเทาอาการปวดต่างๆ แม้จะเห็นผลได้รวดเร็วและชัดเจนแต่ก็ตามมาด้วยผลข้างเคียงและข้อควรระวังมากมาย เช่น ยาในกลุ่ม NSAIDs แม้จะรักษาอาการปวดได้ดี แต่มีผลข้างเคียงทำให้เสี่ยงเป็นโรคกระเพาะอาหาร กรดไหลย้อน และในรายที่ใช้ยาเป็นเวลานาน ๆ อาจมีผลทำให้ไตทำงานแย่ลงได้ (เกรียงศักดิ์ แซ่เตีย, 2566) นอกจากนี้ยังใช้กายภาพบำบัด (Physical Therapy) การแพทย์ทางเลือกและธรรมชาติบำบัด (Alternative Medicine and Natural Therapy) ได้แก่ นวดด้วยเครื่องความถี่สูง รักษาด้วยความร้อนรักษาด้วยความเย็น การจัดกระดูก การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า เพื่อลดการปวดและอักเสบของกล้ามเนื้อ รวมถึงบริหารร่างกายเพื่อเพิ่ม ความแข็งแรงของร่างกาย (พิชญภา อินทร์พรหม, ศศิธร ทองดี, จิรวรรณ เพชรจ้อย และคณะ, 2565) ซึ่งทางการแพทย์แผนไทยได้นำสมุนไพรจากธรรมชาติมาใช้ในการรักษาและบรรเทาอาการปวดหลังมากมาย ซึ่งได้ผลดีและเป็นการลดการใช้สารเคมีที่อาจสะสมในร่างกายทำให้เกิดผลเสียในระยะยาวได้

ในรายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติฉบับ พ.ศ.2564 ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ได้รวบรวมตำรับยาแผนไทยไว้เป็นจำนวนมากกว่า 324 ตำรับ ทั้งจาก “ศิลาจารึกตำรายาวัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม (วัดโพธิ์)” ทั้งจาก “ตำราพระโอสถพระนารายณ์ ฉบับโบราณ” และอื่นๆ มีตำรับยาที่ช่วยแก้ อาการปวดเมื่อยกว่า 8 ตำรับ อาทิ ยาแก้เส้น ยาแก้ปวดเมื่อยขา ยาแก้ลมกร่อน ยาน้ำมันมหาจักร ยาผสมโคคลาน และตำรับยาทาพระเส้น (กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2564)

รูปแบบยาที่ใช้มีทั้งภายนอกและภายใน โดยยาใช้ภายในจะช่วยแก้อาการปวดเมื่อยโดยรวม จะแตกต่างจากยาที่ใช้ภายนอกที่เน้นบรรเทาอาการเฉพาะบริเวณที่เกิดโรค การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อโดยทั่วไปเรามักจะใช้ยาทาภายนอก



เพื่อให้ได้ประสิทธิผลสูงสุด ในบริเวณมดกัลมเนื้อที่มีอาการปวด ยาใช้ภายนอกมีหลายรูปแบบ เช่น ครีม (Cream), ขี้ผึ้ง (Ointment), เจล (Gel) และอิมัลชัน (Emulsion) โดยอิมัลชันจะมีความพิเศษตรงที่ผลิตภัณฑ์มีลักษณะคล้ายครีมมีเนื้อเข้มข้นและบางเบาแต่จะซึมลงผิวได้ไวกว่าครีม มีคุณสมบัติช่วยป้องกันและบรรเทาความแห้งของผิวหนังได้ (Moisturizer) (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2560)

จากการศึกษาข้อมูลและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วัดคลองขวาง อำเภอนายูง จังหวัดนันทบุรี พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชาวบ้านที่ทำอาชีพเกษตรกรรม ที่ต้องทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ยาทาพระเส้นเป็นยารับหนึ่งในการบำบัดรักษาโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งถือเป็นตำราแรกในประวัติศาสตร์การแพทย์แผนโบราณของไทย มีการใช้มากกว่า 300 ปี ผ่านคนรุ่นสู่รุ่น ถือว่าเป็นหนึ่งในตำราที่มีความน่าเชื่อถือ ในอดีตที่ผ่านมามักจะทดสอบด้วยการใช้สุราหรือน้ำส้มสายชูเป็นน้ำกระสายยาและทาไปตรงบริเวณที่ปวด ผู้วิจัยเห็นว่าในสมัยปัจจุบันรูปแบบผลิตภัณฑ์ยาใช้ภายนอกมีความหลากหลายจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของตำรายาทาพระเส้นในรูปแบบของอิมัลชัน แต่สมุนไพรรักษาโรคกระดูกและกล้ามเนื้อบางตัวมีฤทธิ์เป็นยาถ่ายการสัมผัสกับอิมัลชันโดยตรงอาจทำให้ท้องเสียได้ จึงพัฒนาออกมาในรูปแบบลูกกลิ้งนอกจากจะไม่ต้องสัมผัสกับอิมัลชันแล้ว จากการศึกษพบว่าลูกกลิ้งเป็นอุปกรณ์ช่วยนวดในรูปแบบหนึ่งที่สามารถลดอาการปวดได้ (ประณพพร มาตย์วิเศษ, 2561) ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในการช่วยหารูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ดึงเอาประสิทธิภาพของยาทาพระเส้นในออกมาดียิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลลูกกลิ้งอิมัลชันตำรายาทาพระเส้นในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภอนายูง จังหวัดนันทบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

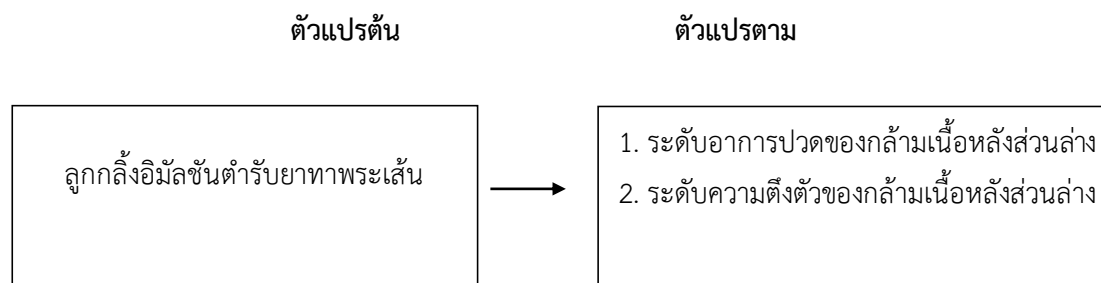
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวางก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรายาทาพระเส้น
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวางก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรายาทาพระเส้น

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวางก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรายาทาพระเส้นแตกต่างกัน
2. ค่าเฉลี่ยระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวางก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรายาทาพระเส้นแตกต่างกัน



กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นในผู้ปวดหลังส่วนล่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เก็บข้อมูลระหว่างกรกฎาคม 2566 ถึง มีนาคม 2567

ประชากร ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้มีอาการปวดหลังส่วนล่างมารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม ทั้งเพศชายและหญิง ช่วงอายุ 18-59 ปี จำนวน 40 คน จากแบบบันทึกข้อมูลและประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง ณ พฤศจิกายน 2566

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ไม่จำกัดเพศ
2. อายุ 18-59 ปี (Deepika Sharma and Yash Paul. (2013))
3. ไม่จำกัดการศึกษาอาชีพ
4. มีอาการปวดหลังส่วนล่าง
5. ไม่มีภาวะเจ็บป่วยหรือโรคอื่นที่รุนแรง อันเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าร่วมทดลองได้
6. มีระดับอาการปวดปานกลางที่ระดับความปวด 4-6 วัดจากเครื่องมือวัดความปวด NRS

(Numerical Rating Scale) (Suzuki H et al, 2020)

7. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่มีแผลเปิดบริเวณหลังส่วนล่าง
2. มีประวัติได้รับการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและการผ่าตัด
3. มีอาการปวดร้าวขา



4. เป็นผู้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าแพ้สมุนไพรรหรือผู้ที่มีอาการแพ้สมุนไพรร
5. ผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาอาการปวดหลังด้วยวิธีอื่นๆ
6. ผู้ที่มีโรคติดต่อทางผิวหนัง
7. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าจากแบบสอบถามอาการปวดหลังส่วนล่างและความต้องการด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภอน้อย จังหวัดนนทบุรี

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้จากการคำนวณโปรแกรม G*Power โดยใช้ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ (Type I error Alpha=.05) อำนาจทดสอบ (power of test 1-Alpha) = 0.80 มีขนาดอิทธิพล (effect size) ปานกลาง = 0.47 (Franz Faul, Edgar Erdfelder, Axel Buchner, Albert-Georg Lang, 2009) และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวน 10% ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 33 คน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียง 30 คน สูญหาย 3 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยมีทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่ 1) ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง 2) แบบประเมินอาการปวดและแบบบันทึกความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง มีรายละเอียดดังนี้

1. ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ มีดังนี้

1) การเก็บตัวอย่าง โดยสมุนไพรรตำรับยาทาพระเส้น มีแหล่งที่ได้มาจากการจัดซื้อสมุนไพรรแห้งโดยใช้สมุนไพรรที่ซื้อมาจากบริษัทเจริญสุข ฟาร์ม ชัพพลาย จำกัด จังหวัดนครปฐม

2) เตรียมสารสกัดยาทา โดยเตรียมสมุนไพรรในตำรับ 13 ชนิดได้แก่ พริกไทย กระชาย ข่า หอม กระเทียม มหาหิงคุ์ ยาตำ อย่างละ 1 ส่วน ตะไคร้หอม ใบขี้เหล็ก ใบตองแตก ใบมะขาม ใบเลี่ยน อย่างละ 4 ส่วนและใบมะค้ำไก่ 16 ส่วน โดยที่ 1 ส่วนเท่ากับ 10 กรัม รวม 430 กรัม นำสมุนไพรรทุกตัวมาห้รวมกันในโหลแก้วขนาด 10 ลิตร ใส่ตัวทำละลายเอทานอล 95% ปริมาตร 7 ลิตร ใช้เวลาในการหมัก 7 วัน แล้วนำมารองผ่านเครื่องกรองสุญญากาศ นำสารที่กรองเสร็จมาระเหยโดยเครื่องกลั่นระเหยสารแบบหมุน (Rotary Evaporator) จากนั้นนำมาตั้งทิ้งไว้บน Hot Plate ผ่านไอน้ำ (นราพร พิทักษ์พร และชรินทร์ เมืองโครต, 2562) ประเมินสารสำคัญโดยการนำสารสกัดที่ทำการระเหยเสร็จมาหาค่า Yield (%) โดย $Yield (\%) = \frac{\text{น้ำหนักสารสกัดที่ได้}}{\text{น้ำหนักสมุนไพรรดิบ}} \times 100$ ได้ค่าเท่ากับ ร้อยละ 19.75

3) ขั้นตอนการทำอิมัลชัน ทำการพัฒนาสูตรตำรับอิมัลชัน โดยในส่วนผสมทั้งหมดของอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น 100 กรัม ประกอบด้วย สารสกัดยาทาพระเส้น Span 80, Mineral oil, Cetyl alcohol, Tween 80, Paraben concentrate, Purified water โดยมีวิธีการ ดังนี้ ตรวจสอบ Cetyl Alcohol , Mineral Oil , Span 80, Tween 80, Purified Water , Paraben Concentration ตามปริมาณที่ต้องการ จากนั้นแยกวัตถุดิบและน้ำมันออกเป็น 2 ปีกเกอร์ วัตถุดิบได้แก่ Tween 80, Paraben Concentration และ Purified Water วัตถุดิบน้ำมันได้แก่ Cetyl



Alcohol, Mineral Oil และ Span 80 ตั้งปิกเกอร์ทั้ง 2 บน Hot plate คนให้สารเข้ากัน รอให้วัฏภาคน้ำได้อุณหภูมิ 75 องศาเซลเซียส และวัฏภาคน้ำมันได้อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส เทผสมและคนด้วยความเร็วที่สม่ำเสมอ รอให้อุณหภูมิ ลดลงเหลือ 40 องศาเซลเซียสให้เทสารสกัดยาทาพระเส้นลงไปผสมตามสูตรที่กำหนด รอจนอิมัลชันเซตตัวเสร็จ ประเมิน คุณภาพอิมัลชันหลังทำเสร็จ นำมาทำการทดสอบความคงตัวของตำรับ โดยใช้การทดสอบเก็บในอุณหภูมิสูงและต่ำ สลับกัน (Freeze - Thaw Cycle) โดยเก็บที่อุณหภูมิ 45 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมงและ 2-8 องศาเซลเซียส เป็น เวลา 24 ชั่วโมง จำนวน 6 วงรอบ โดยได้ทดลองสูตรตำรับ 12 สูตร อ้างอิงจากสูตรต้นแบบตำรับอิมัลชันเจลจากสารสกัด พริกและไพลในส่วนที่เป็นครีมเบส แสดงในตาราง ดังนี้ จากการทดสอบสูตรอิมัลชันทั้ง 12 สูตร พบว่าสูตรที่ 11 มีผลหลัง การทดสอบเก็บในอุณหภูมิสูงและต่ำสลับกัน (Freeze-Thaw Cycle) พบว่าเป็นเนื้ออิมัลชันที่ต้องการ โดยพิจารณาใน เรื่องต่อไปนี้ 1) ลักษณะเนื้อครีม สังเกตได้จากเนื้อครีมที่มองเห็น 2) สี สังเกตได้จากสีของครีมที่มองเห็น 3) กลิ่น สังเกต ได้จากการดมกลิ่นของลูกกลิ้งอิมัลชัน 4) การไหลของเนื้ออิมัลชัน นำขวดลูกกลิ้งเอียงทำมุม 45 องศากับแนวระดับแล้ว จับเวลาตั้งแต่เริ่มเอียงจนครีมไหลถึงปากภาชนะ โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ 1) ≤ 3 วินาที ไหลได้ดีมาก 2) 4-10 วินาที ไหลได้ ดี 3) 10 วินาที ไหลช้า 4) ไม่ไหลเลย 5) การเจริญของจุลินทรีย์และเชื้อรา ประกอบด้วย มีหรือไม่มีการเจริญจุลินทรีย์ หรือเชื้อรา 6) มีลักษณะของวัฏภาคน้ำที่แยกไปรวมตัวกัน ลอยอยู่ที่ชั้นบนหรือก้นภาชนะ เมื่อเขย่าสามารถทำให้ชั้นที่แยก ผสมนี้ผสมกันได้ดีเดิม 7) ประเมินคุณสมบัติทางเคมี โดยทดสอบความเป็นกรด-ด่าง โดยใช้เครื่อง pH meter pH ที่ เหมาะสมอยู่ในช่วง 4-7 8) ประเมินความรู้สึกในการใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างโดยพิจารณาเรื่อง การ ซึมผ่านเข้าสู่ผิวหนังและความเหนอะหนะ (วรวิทย์ เกรียงไกร, 2564)

จากการพิจารณาพบว่าอิมัลชันสูตรที่ 11 มีลักษณะเนื้อครีมเนียนละเอียดดีมาก มีสีเขียวของสารสกัดยาทาพระ เส้น มีกลิ่นของสารสกัดยาทาพระเส้นและกลิ่นของพืชมาน้ำมันจางๆ มีการไหลของเนื้ออิมัลชันอยู่ในระดับดีมาก ไม่มีฟอง หรือจุดต่างสีดำ (เจริญของจุลินทรีย์หรือเชื้อรา) ไม่เกิดการแยกชั้นของเนื้ออิมัลชัน ประเมินค่า pH ได้เท่ากับ 6.06 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่ในช่วง 4-7 ซึ่งเหมาะกับผิวหนังของมนุษย์ และสามารถซึมเข้าสู่ผิวหนังได้ดี

4) ขั้นตอนการทำลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น

นำตัวอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรจุในขวดลูกกลิ้งขนาดบรรจุ 30 มิลลิลิตร พร้อมติดฉลากผลิตภัณฑ์ และ สร้างผลิตภัณฑ์ลูกกลิ้งอิมัลชันบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง

5) ประเมินคุณภาพผลิตภัณฑ์ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง

ประเมินคุณภาพผลิตภัณฑ์ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ผ่านทั้ง 3 ด้าน ด้านผลิตภัณฑ์ ด้านการใช้งาน และด้านการออกแบบ คิดเป็นร้อยละ 100

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวดและแบบบันทึกความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ซึ่งแบบประเมิน อาการปวดหลังส่วนล่างสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามนี้แบ่ง ออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย



ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานและประวัติอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1) รหัสผู้เข้าร่วมโครงการและที่อยู่ติดต่อ 2) เพศ 3) อายุ 4) ระดับการศึกษา 5) ท่านเคยมีอาการปวดหลังหรือไม่ 6) ระยะเวลาในการปวดหลัง 7) การรักษาอาการปวดหลัง

ส่วนที่ 2.2 แบบประเมินระดับอาการปวดโดยใช้วิธี Numerical rating scale (NRS) คือการใช้ตัวเลขมาช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการปวด ใช้ ตัวเลขตั้งแต่ 0-10 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจก่อนว่า 0 หมายถึงไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึงอาการปวดมากที่สุด ให้ผู้ป่วยบอกถึงตัวเลขที่แสดงถึงความปวดที่ผู้ป่วยมี โดยเกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ

คำอธิบายเกณฑ์การวัดอาการปวด ดังนี้

ไม่ปวดเลย	มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0 คะแนน
มีระดับอาการปวดเล็กน้อย	มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 1-3 คะแนน
มีระดับอาการปวดปานกลาง	มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 4-6 คะแนน
มีระดับอาการปวดมาก	มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 7-10 คะแนน

ส่วนที่ 2.3 แบบวัดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างโดยเครื่อง Digital WE Algometer เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดแรงกดบนผิวหนังตำแหน่งที่มีจุดกดเจ็บ ผ่านหัวกดที่เป็นแผ่นยางและแท่งเหล็กที่มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 ตารางเซนติเมตร แรงกดจะผ่านที่มีมาตรวัดอ่านค่าเป็น กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร (หรือ ปอนด์/ตารางนิ้ว หรือ กิโลปาสคาล) อ่านค่าสูงสุดได้ 20 กิโลกรัม/ตารางเซนติเมตร ความถูกต้องแม่นยำของเครื่องมือนี้ขึ้นอยู่กับทักษะความชำนาญของผู้วัดประเมินโดยผู้วัดประเมินเป็นผู้วิจัยคนเดียวตลอดการวัด ที่ผ่านการฝึกการออกแรงกดให้มีความเร็วในการเพิ่มแรง ให้คงที่ของการวัดแต่ละครั้ง

ขั้นตอนการการสร้างเครื่องมือ

- 1) ศึกษาวิธีการสร้างแบบประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและเครื่อง Digital WE 2 Algometer วัดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
- 2) ร่างข้อคำถามแบบประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและแบบบันทึกเครื่อง Digital WE Algometer วัดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง
- 3) ประเมินและตรวจสอบแบบประเมินระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและแบบบันทึกเครื่อง Digital WE Algometer วัดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
- 4) ปรับปรุงแบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างและแบบบันทึกเครื่อง Digital WE Algometer วัดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและนำไปตรวจสอบอีกครั้ง



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ เกษัชกร 1 ท่าน แพทย์แผนไทย 1 ท่าน และพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินคุณภาพลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นคุณภาพของลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น แบบประเมินอาการปวดและแบบบันทึกความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง พบว่า แบบประเมินอาการปวดและแบบบันทึกความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างได้ค่า IOC คือ 1 ทุกข้อซึ่งมากกว่า 0.5 (ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และ อัจฉรา ชำนิประศาสน์, 2547) สามารถที่จะใช้เป็นแบบประเมินระดับอาการปวดและบันทึกระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง และเมื่อทดสอบความเที่ยงของแบบประเมิน นำไปใช้กลุ่มตัวอย่างคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนาผลิตภัณฑ์ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างสำหรับ ผู้มารับบริการที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภอน้อย จังหวัดนนทบุรี ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ

- 1) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด
- 2) ประสานงานทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภอน้อย จังหวัดนนทบุรี เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ในการจัดทำวิจัย
- 3) ประสานกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภอน้อย จังหวัดนนทบุรี
- 4) ประสานงานกับทางวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษกเพื่อขอหนังสือราชการติดต่อกับพื้นที่ศึกษา
- 5) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภอน้อย จังหวัดนนทบุรี

ระยะที่ 2 ขั้นผลิตลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง

ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น บรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง หมายถึงขวดแก้วทรงกระบอกหัวเป็นลูกกลิ้งภายในบรรจุด้วยอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น

ขั้นตอนการสกัดสมุนไพรในตำรับยาทาพระเส้น

- 1) เตรียมสมุนไพรในตำรับ 13 ชนิดได้แก่ พริกไทย กระชาย ข่า หอม กระเทียม มหาหิงคุ์ ยาตำ อย่างละ 1 ส่วน ตะไคร้หอม ใบขี้เหล็ก ใบตองแตก ใบมะขาม ใบเลี่ยน อย่างละ 4 ส่วนและใบมะค่าไก่ 16 ส่วน โดยที่ 1 ส่วนเท่ากับ 10 กรัม รวม 430 กรัม



2) นำสมุนไพรทุกชนิดมาหมักรวมกันในโหลแก้วขนาด 10 ลิตร ใส่ตัวทำละลายเอทานอล 95% ปริมาตร 7 ลิตร ใช้เวลาในการหมัก 7 วัน แล้วนำมากรองผ่านเครื่องกรองสุญญากาศ

3) นำสารที่กรองเสร็จมาระเหยโดยเครื่องกลั่นระเหยสารแบบหมุน (Rotary Evaporator) จากนั้นนำมาตั้งทิ้งไว้บน hot plate ผ่านไอน้ำ

4) ประเมินสารสำคัญ โดยการนำสารสกัดที่ทำการระเหยเสร็จมาหาค่า %yield ได้ร้อยละ 19.75

ขั้นตอนการทำอิมัลชัน

ทำการพัฒนาสูตรตำรับอิมัลชัน โดยในส่วนผสมทั้งหมดของอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น 100 กรัม ประกอบด้วย สารสกัดยาทาพระเส้น, Span 80, Mineral oil, Cetyl alcohol, Tween 80 Paraben concentrate, Purified water อ้างอิงจากสูตรที่ 11 มีลักษณะของเนื้ออิมัลชันที่ต้องการเนื้ออิมัลชันที่ความเหลวเหมาะแก่การนำมาทำเป็นลูกกลิ้ง มีสีเขียว ประกอบด้วย สาร Cetyl Alcohol 5 กรัม, Mineral Oil 7 กรัม, Span 80 7 กรัม, Tween 80 10 กรัม, Purified Water 75.85 กรัม Paraben Conc. 0.15 กรัม และมีการแต่งกลิ่นโดยพิมเสน เมนทอล การบูร น้ำมันยูคาลิปตัส จำนวน 15 หยด

1) ตวงสาร Cetyl Alcohol, Mineral Oil, Span 80, Tween 80, Purified Water, Paraben Conc. ตามปริมาณที่ต้องการ

2) จากนั้นแยกวัตถุดิบน้ำและน้ำมันออกเป็น 2 ปีกเกอร์ วัตถุดิบน้ำได้แก่ Tween 80 Paraben Conc. และ Purified Water วัตถุดิบน้ำมันได้แก่ Cetyl Alcohol, Mineral Oil และ Span 80 ตั้งปีกเกอร์ทั้ง 2 บน hot plate คนให้สารเข้ากัน

3) รอให้วัตถุดิบน้ำได้อุ่นอุณหภูมิ 75 องศาเซลเซียส และวัตถุดิบน้ำมันได้อุ่นอุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส เทผสมและคนด้วยความเร็วที่สม่ำเสมอ รอให้อุณหภูมิลดลงเหลือ 40 องศาเซลเซียสให้เทสารสกัดยาทาพระเส้นลงไปผสมตามสูตรที่กำหนด ร่อนอิมัลชันเซ็ดตัวเสร็จ

4) ประเมินคุณภาพอิมัลชันหลังทำเสร็จ นำมาทำการทดสอบความคงตัวของตำรับ โดยทำการทดสอบเก็บในอุณหภูมิสูงและต่ำสลับกัน (Freeze-thaw cycle) โดยเก็บที่อุณหภูมิ 45 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมงและ 2-8 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 24 ชั่วโมง จำนวน 6 วนรอบ

ขั้นตอนการทำลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น

1) นำตัวอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรจุในขวดลูกกลิ้งขนาดบรรจุ 30 มิลลิลิตร พร้อมติดฉลากผลิตภัณฑ์

2) สร้างผลิตภัณฑ์ลูกกลิ้งอิมัลชันบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างและสร้างแบบประเมินคุณภาพผลิตภัณฑ์ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง

3) ประเมินคุณภาพผลิตภัณฑ์ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน



4) ปรับปรุงผลิตภัณฑ์ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

5) นำผลิตภัณฑ์ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น เครื่องมือแบบประเมินอาการปวดหลังและแบบบันทึกความตึงตัวของกล้ามเนื้อส่วนหลังไปทดลองกับกลุ่มทดลอง (Try out) ที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

6) ปรับปรุงตามเครื่องมือแบบประเมินต่างๆ จากผลการทดลองกับกลุ่ม Try out

ระยะที่ 3 ขั้นทดลอง

1) ชี้แจงให้ผู้รับบริการที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างทราบกระบวนการทำวิจัย

2) ชักประวัติ ตรวจร่างกาย จุดกดเจ็บ วัดสัญญาณชีพ

3) วัดระดับอาการปวดและวัดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อก่อนการใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างโดยผู้วิจัย ครั้งที่ 1

4) ให้กลุ่มตัวอย่างใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างตั้งแต่วันที่ 1-3 วัน ใช้วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

5) วัดระดับอาการปวดและวัดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อตัวก่อนการใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง ครั้งที่ 2

6) ให้กลุ่มทดลองใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างนาน 7 วัน ใช้วันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น

7) วัดระดับอาการปวดหลังและวัดระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อโดยวัดผลก่อนใช้ หลังใช้ไปแล้วหลังใช้ไปแล้ว 7 วัน ครั้งที่ 3 (นิติรัตน์ มีกาย, เอกกฤษ จันทโรโต, เกีย แซ่ลี และคณะ, 2564)

ระยะที่ 4 ขั้นประเมินผล

1) เปรียบเทียบผลของอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังการใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง

2) เปรียบเทียบผลของความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนจะทำการทดสอบ Paired t-test จำเป็นต้องทดสอบความปกติของข้อมูล (Normality test) เพื่อให้แน่ใจว่า ค่าความแตกต่างระหว่างคู่ข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ

1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นโดยใช้สถิติ Paired-T-Test



2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น โดยใช้สถิติ Paired-T-Test

3) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมิน โดยการ แจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขที่รับรอง KMPHT- 66020061 วันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2567 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย โดยบอกวัตถุประสงค์ รายละเอียดการดำเนินการและการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยและชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยแต่อย่างใด คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และข้อมูล จะถูกนำเสนอในลักษณะภาพรวมทางวิชาการเท่านั้น หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการแพ้ผลิตภัณฑ์ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถหยุดใช้ผลิตภัณฑ์ได้ทันทีและหากมีค่าใช้จ่ายในการรักษา ทางผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่ารักษาแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 มีช่วงอายุ 56-59 ปี ร้อยละ 43.3 ระดับการศึกษาในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 60.0 ผู้ที่เคยมีอาการปวดหลัง ร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	3	10.0
หญิง	27	90.0
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	2	6.7
26-35 ปี	4	13.3
36-45 ปี	2	6.7
46-55 ปี	9	30.0
56-59 ปี	13	43.3



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา	18	60.0
ต่ำกว่าปริญญาตรี	11	36.7
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	1	3.3
สูงกว่าปริญญาตรี		
4. ท่านเคยมีอาการปวดหลัง	30	100.0
เคย	0	0
ไม่เคย		
5. ระดับอาการปวด	12	40.0
ระดับ 4	11	36.7
ระดับ 5	7	23.3
ระดับ 6		

ส่วนที่ 2 ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ระดับอาการปวดของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น มีระดับอาการปวดเฉลี่ยอยู่ที่ 5.43 ส่วนหลังการใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น มีระดับอาการปวดเฉลี่ยอยู่ที่ 3.54 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ของคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น ($n = 30$)

ระดับอาการปวด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	P-value
ก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์	5.43	0.68	26.58	0.028*
หลังการใช้ผลิตภัณฑ์	1.33	0.84		

* p -value < .05

ส่วนที่ 3 ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่างก่อนใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น มีระดับอาการปวดเฉลี่ยอยู่ที่ 33.6 ส่วนหลังการใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น มีระดับอาการปวดเฉลี่ยอยู่ที่ 28.83 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ของคะแนนเฉลี่ยระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น (n = 30)

ระดับความตึงตัวของ กล้ามเนื้อหลัง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	t	P-value
ก่อนการใช้ผลิตภัณฑ์	33.60	3.93	10.02	<0.000*
หลังการใช้ผลิตภัณฑ์	28.83	4.87		

*p-value < .05

อภิปรายผล

ยาทาพระเส้นในคัมภีร์พระโอสถพระนารายณ์ ซึ่งเป็นคัมภีร์ที่สืบทอดกันมาเป็นระยะเวลานานตั้งแต่สมัยอยุธยา ตอนปลาย มีสรรพคุณใช้ทาแก้พระเส้นฟิรุสแลแก้ลมอัมพาต ลมปัตตมากร่อน สะคริว จับโป่งเมื่อยขบทั้งปวงทั้งปวงหายสิ้น (กรมศิลปากร, 2502) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 56-59 ปี มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และทุกคนเคยมีอาการปวดหลังมาก่อน และจากการเปรียบเทียบระดับอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวางระหว่างก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น พบว่าอาการปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง หลังจากใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง มีระดับอาการปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากตำรับยาทาพระเส้น มีสรรพคุณสมุนไพรซึ่งช่วยลดอาการอักเสบและลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยการยับยั้งการทำงานของ LPS-induced IL-1 β , IL-6, TNF- α ซึ่งเป็นสารตัวกลางทำให้เกิดการอักเสบและกล้ามเนื้อตึงตัว (Angsusing J et al, 2024) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภูริทัต กนกกังสดาล, มาลิน ไวประดับ, พัทธรา ต้นสกุล, และคณะ (2563) ได้ศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาทาพระเส้นในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ เปรียบเทียบกับยาครีมทาแก้ปวด พบว่ายาทาพระเส้นมีประสิทธิผลในการลดอาการปวดของข้อเสื่อมภายใน 14 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) และการศึกษาของนิติรัตน์ มีกาย, เอกกฤษ จันทรโต, เกีย แซ่ลี และคณะ (2564) ได้ศึกษาประสิทธิผลของยาทาพระเส้นในการบรรเทาปวดจากโรคหัวไหล่ติด ในกลุ่มอาสาสมัคร 28 คน ทายาบริเวณหัวไหล่ วันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า-เย็น ติดต่อกันเป็นเวลา 14 วัน แล้วประเมินผลก่อนและหลังจากการใช้ยา ผลการวิจัยพบว่า ระดับความเจ็บปวดหลังจากการใช้ยาทาพระเส้นลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.001) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการวิจัยของ อรชดา สิทธิพรหม ยุพา เต็งวัฒนโชติ และภาวิณี เส็งสันต์ (2565) ที่ทดลองเปรียบเทียบประสิทธิผลการทาเจลยาทาพระเส้นสูตรพัฒนากับกลุ่มที่ทาเจลยาทาพระเส้นสูตรดั้งเดิมและสูตรยาหลอกในกลุ่มอาสาสมัครที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ ระดับ 4 ขึ้นไป จำนวน 3 กลุ่มๆละ 15 คน โดยอาสาสมัครทุกกลุ่มจะได้รับผลิตภัณฑ์ขนาดบรรจุ 2.5 กรัมต่อของนำไปทาด้วยตนเองบริเวณกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ ทั้ง 2 ข้าง วันละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 วันและบันทึกข้อมูลรายงานวัน ในแบบบันทึก และผู้วิจัยมีการติดตามผลทุก 3 วัน จำนวน 2 ครั้ง จากการวิจัยพบว่า เจลยาทาพระเส้นสูตรที่พัฒนา



มีประสิทธิภาพด้านการลดระดับความเจ็บปวด ได้มากที่สุดและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับเจลยาทาพระเส้นสูตรดั้งเดิมและสูตรยาหลอก ($U = 66.00, P = 0.048$ และ $U = 63.00, P = 0.036$)

ผลจากการเปรียบเทียบระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวางระหว่างก่อนและหลังใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น พบว่า ระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง หลังจากใช้ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น ของผู้มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดคลองขวาง มีระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เพราะตำรับยาทาพระเส้นสามารถทำให้ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษามีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดเข่า กล้ามเนื้อคลายตัว ลดอาการข้อเข่าฝืดทำให้ข้อเข่าดีขึ้นและองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าดีขึ้น (มนตร์ปาจริย์ ณ ร้อยเอ็ด, พาสินี บัวกุม, เพ็ญพิมล จิตรุฒวิสาสน์ และอุไรลักษณ์ วันทอง, 2562) และยังสอดคล้องกับวิจัยของกิตติยา ชันทอง, ศุภะลักษณ์ พักคำ, ยงยุทธ วัชรกุล และคณะ (2565) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของตำรับยาทาพระเส้นระหว่างการใช้น้ำกระสายยา ระหว่างน้ำสุราและน้ำส้มสายชูต่อการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 30 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับยาทาพระเส้นที่ใช้น้ำสุราเป็นน้ำกระสายยา กลุ่มที่ 2 ได้รับยาทาพระเส้นที่ใช้น้ำส้มสายชูเป็นน้ำกระสายยา โดยให้กลุ่มตัวอย่างทายาบริเวณรอบข้อเข่า วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกัน 7 วัน ประเมินผลก่อนและหลังการใช้ยา พบว่า กลุ่มที่ 1 และ ข้อเข่าสามารถใช้งานได้ดีขึ้น ระดับความปวดข้อเข่าลดลง และองศาเคลื่อนไหวข้อเข่าดีขึ้นหลังการใช้ยาทาพระเส้น และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่า ตำรับยาทาพระเส้นสามารถลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง ทำให้ลดอาการปวดได้

สรุปผลการวิจัย

ลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้นมีประสิทธิภาพในการบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างและลดความตึงของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาประสิทธิภาพของยาทาพระเส้นรูปแบบลูกกลิ้งสามารถลดความระดับอาการปวดและความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น รูปแบบนี้สามารถนำไปขยายผลเพื่อลดระดับอาการปวดเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณอื่นๆ ได้ รวมถึงนำไปต่อยอดเชิงพาณิชย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาประสิทธิภาพลูกกลิ้งอิมัลชันตำรับยาทาพระเส้น ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม เช่น การเพิ่มกลุ่มยาทาพระเส้นแบบดั้งเดิม และกลุ่มยาหลอก เพื่อให้มีเห็นประสิทธิภาพในการรักษาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, กองคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทย. (2564). *รายการตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ฉบับ พ.ศ.2564*. สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ).
- กรมศิลปากร. (2502). *ตำรับพระโอสถพระนาราย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาดไทย กรมราชทัณฑ์.
- กิตติยา ชันทอง, ศุภะลักษณ์ พักคำ, ยงยุทธ วัชรกุล, ธารา ชินะกาญจน์ และธนวรรษ อัมสมบุญ. (2565). การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของตำรับยาทาพระเส้นระหว่างการใช้น้ำกระสายยา น้ำสุราและน้ำส้มสายชูต่อการรักษาโรคลมจับโป่งแห้งเข้าที่โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. *วารสารหมอยาไทยวิจัย*, 8(2), 13-28.
- เกรียงศักดิ์ แซ่เตีย. (2566). *ผลข้างเคียงของยารักษาอาการปวดหลังที่ต้องระวัง*. อินสปิเนคลินิก. สืบค้นจาก <https://www.inspineclinic.com/post/ผลข้างเคียงของยารักษาอาการปวดหลังที่ต้องระวัง>
- ธิติมา ณรงค์ศักดิ์, นภาพิต ฉิมนาคนบุญ และศิริศิลป์ ไชยเชษ. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างของบุคลากรสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 13(1), 21-33.
- นราพร พิทักษ์พร และชรินทร์ เมืองโครต. (2562). *การพัฒนาเจลจากสารสกัดใบพลับพลึงเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างของนักศึกษาในวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก จังหวัดนนทบุรี [การศึกษาปัญหาพิเศษปริญญาบัณฑิต]*. วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนภิเษก สถาบันสมทบของคณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร.
- นิติรัตน์ มีกาย, เอกกฤษ จันทร์โต, เกีย แซ่ลี และครรชิต คมนัยศักดิ์. (2564). ประสิทธิภาพของยาทาพระเส้นในการบรรเทาปวดจากโรคหัวไหล่ติด. *วารสารหมอยาไทยวิจัย*, 7(2), 17-30.
- ประณพ มาตย์วิเศษ. (2561). ผลการใช้ลูกกลิ้งมหัศจรรย์ต่อการลดความปวดบ่า. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 15(3), 65-75.
- พิชญาภา อินทร์พรหม, ศศิธร ทองดี, จิรวรรณ เพชรจ้อย และปิยธิดา โยธาบริบาล. (2565). ผลของการนวดแนวเส้นพื้นฐานและจุดจุดสัญญาณในผู้ป่วยที่มีอาการปวดพังผืดและกล้ามเนื้อ ทราพีเซียสส่วนบน. *วารสารก้าวหน้าโลกวิทยาศาสตร์*, 22(2), 48-68.
- ภูริทัต กนกกั้งสตาล, มาลินี ไวประดับ, พัทธรา ตุ่นสกุล, เครือวัลย์ ก้านลำไย, โรจน์ คุณอนเนก และอรุณพร อิฐรัตน์. (2563). ประสิทธิภาพความปลอดภัยของยาทาพระเส้นในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิเปรียบเทียบกับยาครีมทาแก้ปวด : การศึกษาเปิดเผยแบบสุ่ม. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 12(3), 880-890.
- มนตร์ปาริย์ ณ ร้อยเอ็ด, พาสินี บัวกุม, เพ็ญพิมล จิตรุฒิवासัน และอุไรลักษณ์ วันทอง. (2562). ประสิทธิภาพเบื้องต้นของยาทาพระเส้นเพื่อลดอาการปวดเข้าของผู้ป่วยโรคลมจับโป่งแห้งเข้าทางการแพทย์แผนไทย. *วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*, 17(3), 447-459.



- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, กองการพยาบาล, คณะกรรมการประกันสุขภาพการจัดการความปวด. (2562). *การจัดการความปวด*. สืบค้นจาก <https://nurse.pmk.ac.th/images/WI/PMK-WND-017.pdf>
- โรงพยาบาลสำโรงการแพทย์, ฝ่ายเภสัชกรรม. (2560). *ยาแปลงรูป*. สืบค้นจาก <http://www.samrong-hosp.com/คัมภีร์การใช้ยา/ยาแปลงรูป>
- ลัดดาวัลย์ เพชรโรจน์ และ อัจฉรา ชำนิประศาสน์. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดีการพิมพ์.
- วรุดม เกรียงไกร. (2564). *เอกสารประกอบการเรียนการสอนวิชาเภสัชกรรม สำหรับเภสัชศาสตร์ 2 เรื่อง อิมัลชัน*. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กองสถิติสังคม. (2566). *รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2566*. กองสถิติพยากรณ์. สืบค้นจาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2023/20230929131046_99194.pdf
- อมรรัตน์ แสงใสแก้ว, จุรีรัตน์ โกเจริญยศ, บุญรอด ดอนประเพ็ง และมารศรี ศิริสวัสดิ์. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถในผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(1), 93-104.
- อรชดา สิทธิพรหม, ยุพา เตังวัฒนโชติ และภาวิณี เส่งสันต์. (2565). *ประสิทธิผลการลดปวดกล้ามเนื้อคอ บ่า ไหล่ ของเจลยาทาพระเส้นสูตรพัฒนา*. สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต. สืบค้นจาก <https://rsuir-library.rsu.ac.th/bitstream/123456789/2558/1/ONCHADA%20SITTIPROM.pdf>
- อรพันธ์ อันติมานนท์, โกวิทย์ บุญมีพงศ์, จิตรัตน์ สายแสง, กมลชนก สุขอนันต์, อารีพิศ พรหมรัตน์, พีรวิชญ์ จุลเรือง และ ศิริพร พรพิรุณโรจน์. (2560). ภาวะทางสุขภาพจากการบาดเจ็บในผู้ประกอบอาชีพ. *วารสารควบคุมโรค*, 43(2), 139-150.
- Angsusing, J., Singh, S., Samee, W., Tadtong, S., Stokes, L., O'Connell, M., et al. (2024). Anti-Inflammatory Activities of Yataprasen Thai Traditional Formulary and Its Active Compounds, Beta-Amyrin and Stigmasterol, in RAW264.7 and THP-1 Cells. *Pharmaceuticals*, 17(8), 1018. <https://doi.org/10.3390/ph17081018>
- Deepika, S., & Yash, P. (2013). Preliminary and Pharmacological Profile of Melia azedarachL.: An Overview. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 3(12), 133-138.
- Franz, F., Edgar, E., Axel, B., Albert-Georg, L. (2009). Statistical Power Analyses Using G*Power 3.1: Tests for Correlation and Regression Analyses. *Behavior Research Methods*, 41(1), 1149-1160.



Suzuki, H., Aono, S., Inoue, S., Imajo, Y., Nishida, N., Funaba, M., *et al.* (2020) Clinically significant changes in pain along the Pain Intensity Numerical Rating Scale in patients with chronic low back pain. *PLoS ONE*, 15(3): e0229228. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229228>



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ต่อความรู้ และความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก

สุดาวรรณ สันหมอยา¹, ศักดา เปรมไทยสงค์^{1*} และพรพิมล ชัยสา¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 1 สิงหาคม 2568; วันที่แก้ไข: 26 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับ: 5 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ต่อความรู้และความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง จังหวัดพิษณุโลก ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567 จำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ร่วมกับการดูแลตามปกติเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประเมินผลโปรแกรมจากความรู้ และความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนการทดลอง และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 วิเคราะห์ผลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน chi-square, independent t-test และ repeated measures ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 72.70 และ 69.70 ตามลำดับกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 65.73 (S.D.=8.63) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 65.30 ปี (S.D.=8.84) หลังได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < .001$ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก

คำสำคัญ: ความรู้, ความสามารถในการเผชิญความเครียด, ไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์, โรคเบาหวาน, หลอดเลือดแดงขนาดเล็ก

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ศักดา เปรมไทยสงค์; Sakda.pram@gmail.com



Effects of LINE Official Account–Based Information and Emotional Support Program on Knowledge and Coping Abilities among Diabetic Patients with Microvascular Complications

Sudawan Sanmorya¹, Sakda Pramthaisong^{1*} and Pornpimol Chaisa¹

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

(Received: 1 August 2025; Revised: 22 September 2025; Accepted: 5 November 2568)

Abstract

This study was a two-group pretest–posttest quasi–experimental design aimed to evaluate the effectiveness of the supportive information and emotional program using LINE official account application on knowledge and coping abilities in diabetes patients with microvascular complications. The participants were patients receiving healthcare services at the Ban Khlong health promotion hospital in Phitsanulok province from April to July 2024. The Sixty-six participants were selected by purposive sampling and divided into the experimental and control group, 33 in each group. The control group received usual nursing care, while those in the experimental group received the supportive information and emotional program using LINE official account application. Knowledge and coping abilities score were used to evaluate the effectiveness of the program. The measurements were taken before the program, at the 2nd and 4th weeks after completion of the program. The data were analyzed based on frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square, independent t-test and repeated measures ANOVA. The level of statistical significance was set at p value<.05.

The results found that the majority of the control and experimental groups were female, accounting for 72.70% and 69.70%, respectively. The average age was 65.73 years (S.D.=8.63) and 65.30 years (S.D.=8.84) respectively in the control and experimental group. The findings revealed that the mean knowledge and mean coping abilities score of the experimental group were not only significantly higher than before receiving the program but also higher than the control group's scores at weeks 2 and 4 post-intervention (p -value<.0001). The findings of this study suggest that the supportive information and emotional program using LINE official account application can be used to increase positive outcomes diabetes patients with microvascular complications.

Keywords: knowledge, coping abilities, LINE official account, diabetes, microvascular

***Corresponding author:** Sakda Pramthaisong; Sakda.pram@gmail.com



บทนำ

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable disease: NCD) ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก จากการสำรวจข้อมูลของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF, 2025) พบว่าในปี ค.ศ. 2024 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 589 ล้านราย และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มขึ้นเป็น 853 ล้านราย จากการสำรวจข้อมูลพบความชุกของอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2565-2568 คิดเป็นร้อยละ 7.37, 7.74, 8.12 และ 8.42 ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข, 2568) ส่วนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านคลองพบอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ปี 2565-2568 จำนวน 900, 906, 873, และ 929 รายตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข, 2568) และพบอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานตั้งแต่ปี 2560-2564 เท่ากับ 21.96, 21.87, 25.30, 25.05, และ 24.55 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566) จะเห็นว่าโรคเบาหวานยังคงมีอัตราการป่วย และอัตราการตายเพิ่มขึ้นสูงในทุกปี โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง (American Diabetes Association [ADA], 2025) โดยพบว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (Glycosylated Hemoglobin: HbA1c) มากกว่าร้อยละ 8 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก 0.44 เท่า (OR=0.44) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีค่าปกติ โดยพบภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กคิดเป็นร้อยละ 67.43 ที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบไต (Nephropathy) ร้อยละ 62.00 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบตา (Retinopathy) ร้อยละ 16.86 และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Neuropathy) ร้อยละ 2.85 ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียภาวะไตวาย การมองเห็นลดลง เกิดแผลที่เท้าและเป็นแผลเรื้อรังจนทำให้ต้องตัดอวัยวะของร่างกายเกิดความพิการ อัมพาต แขนขาอ่อนแรง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเกิดโรคหัวใจวาย (สายฝน ม่วงคุ่ม, พรพรรณ ศรีโสภ, วไลยา คุณทรงเกียรติ และคณะ, 2563; ADA, 2025) ซึ่งถือเป็นโรคที่เรื้อรังและมีความซับซ้อนทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเหล่านี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทำให้ขาดรายได้และมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น เกิดความพิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรในทีมสุขภาพ (American Diabetes Association, 2025)

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่สำเร็จจนเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ระดับความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ ความเครียด การรับประทานยา การออกกำลังกาย จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์ (จารุวรรณ ไผ่ตระกูล, ศรีสุตา รัศมีพงศ์, กวินนา พันธสวัสดิ์ และคณะ, 2561; พุทธิรักษ์ ดีสิน และศุภศิลป์ ดีรักษา, 2563; มนทิต พูลสงวน, 2565; เลิศวิทย์ เหลือผล, 2567; สำรวย ว่องไวยุทธ์, 2568) โดยการเกิดปัจจัยดังกล่าวพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เมื่อผู้ป่วยขาดความรู้ หรือไม่สมารถนำความรู้มาปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ ส่งผลให้เกิดความเครียด และเมื่อผู้ป่วยเบาหวานเกิดความเครียดจะกระตุ้นให้ร่างกายมีการหลั่งฮอร์โมน เช่น แคทีโคลามีน (Catecholamine) คอติซอล (Cortisol) แองทีโอเทนซิน (Angiotensin) ซึ่งผลของฮอร์โมนจะไปยับยั้งการหลั่งอินซูลินและกระตุ้นการหลั่งของกลูคากอนทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในภาวะเครียดมักมีอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้น (มณัญญา ภิรมย์, 2565; Sharma et al, 2022; Ingrosso et al, 2023) และโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนมากก็



จะยังมีความเครียดสูงมากขึ้น (ชนิดาวดี สายืน, นิพนธ์รัฐระวี เฟื่องพล, พรรณงาม วรณพฤกษ์และคณะ, 2563; ชนัญช์ แจ่มจิตรตรง และรัตนา สำโรงทอง, 2562) เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ ดังการศึกษาของสุดธิดา ยอดเมือง และอิสริย์ ปัญญาวรรณ (2566) ที่พบว่าความวิตกกังวลและความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการควบคุมระดับความเครียดจึงเป็นวิธีการที่ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความพิการ และเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยสามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เหมาะสมก็จะทำให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ (ชนัญช์ แจ่มจิตรตรง และรัตนา สำโรงทอง, 2562; ทรวงกรกฎ ศฤงคาร, ตฤณ ทิพย์สุทธิ, และกัลยา มั่นล้วน, 2567; Kalra, Jena, & Yeravdekar, 2018)

การเผชิญความเครียดจึงเป็นกลวิธีที่สำคัญในการเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการแสดงออกของบุคคลที่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง เมื่อประเมินแล้วว่าเหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าของความเครียดจะก่อให้เกิดผลลบ หรือปัญหา เพื่อขจัดหรือลดความเครียดที่เกิดขึ้น แบ่งได้เป็น 2 วิธีคือ 1) วิธีการมุ่งแก้ไขปัญหา เป็นวิธีที่มีการพิจารณาตัวปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไข และหาสิ่งสนับสนุนอย่างเหมาะสม และ 2) วิธีการมุ่งแก้ไขอารมณ์ เป็นวิธีที่ใช้การหลีกเลี่ยง หรือหนีปัญหา เป็นการเปลี่ยนแปลงหรือป้องกันตนเอง เพื่อผ่อนคลายความไม่สบายใจ โดยใช้กลไกการป้องกันตัวเองต่างๆ (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด โดยการสนับสนุนทางด้านข้อมูลผ่านการให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเรื่องโรคที่เป็น ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ และวางแผนการดูแลตนเองได้ และการสนับสนุนด้านอารมณ์เกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดเป็นการสนับสนุนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ให้ผู้ป่วยสามารถเลือกกลวิธีในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง (ทรวงกรกฎ ศฤงคาร, ตฤณ ทิพย์สุทธิ, และกัลยา มั่นล้วน, 2567) ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ผู้ป่วยนำไปใช้ในการปรับตัวเพื่อการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควบคุมระดับน้ำตาล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้

แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ (LINE office account: LINE OA) เป็นช่องทางที่คนนิยมใช้มากและเหมาะสมในการสื่อสารได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับยุคปัจจุบัน โดยคุณสมบัติของแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ที่สามารถประยุกต์ใช้ในการเผยแพร่เนื้อหาความรู้ ภาพ และวิดีโอไปยังกลุ่มเป้าหมายได้อย่างง่ายดาย ซึ่งในปัจจุบันมีการใช้รูปแบบหรือช่องทางในการให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น สามารถลดความเครียดและเพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ (ทรงวุฒิ สารจันทิก และลือรัตน์ อนุรัตน์พาณิช, 2565; วาริ ไอยราคม, 2568; สกลสุภา สิงคบุตร, เรืองฤทธิ์ ไทรพันธ์ และเพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, 2567)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซาลัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์มาเป็นช่องทางที่สื่อสารแบบสองทาง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสอบถามคำถามด้านสุขภาพและได้รับการตอบกลับทันที วิธีการนี้จะตอบสนองความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ลดความเครียด และให้ความรู้เฉพาะบุคคล ซึ่งจะช่วย



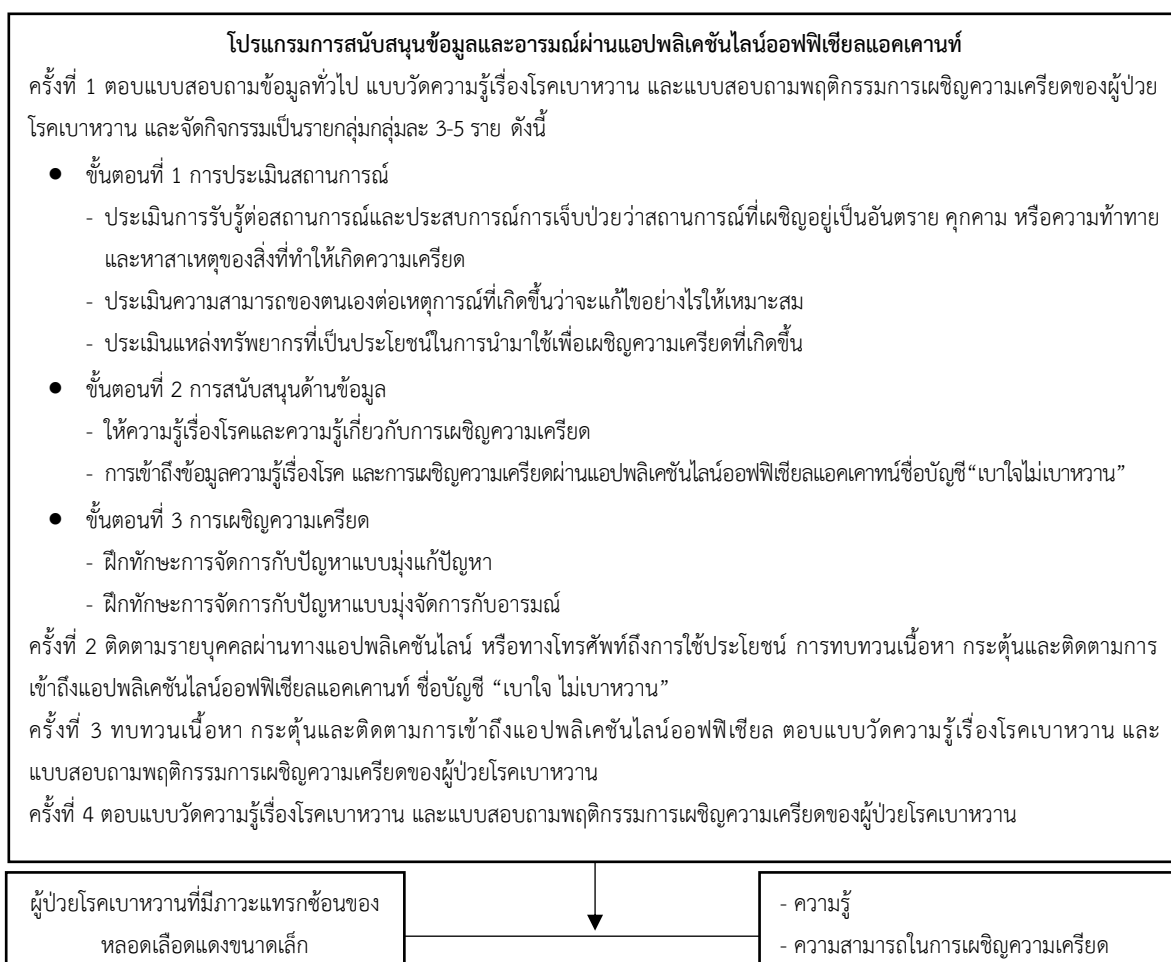
ให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยการให้ความรู้แบบมัลติมีเดียจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ความเครียดลดลง และความสามารถในการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กที่เข้ารับการรักษาที่รพ.สต.บ้านคลอง จังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก โดยมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ปรับตัวจากสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรัง และจัดการกับปัญหาอันเป็นสาเหตุของความเครียดได้อย่างเหมาะสมดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดซ้ำ โดยวัดก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 (Pretest-Posttest time comparison group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 167 ราย ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2567

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1. อายุ 18-75 ปี 2. มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป โดยประเมินจากแบบประเมินความเครียด (ST5) ของกองส่งเสริมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถึงอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน ถ้าคะแนนตั้งแต่ 5 คะแนนแปลว่ามีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป 3. มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมมากกว่า 7 เปอร์เซ็นต์ ร่วมกับเข้าเกณฑ์ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กจากเบาหวาน ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ 3.1) ภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยพบไตเรื้อรังตั้งแต่ระยะที่ 3A, 3B, หรือ 4 คือมีค่า eGFR 15-60 มิลลิตรต่อนาทีต่อพื้นที่ผิว 1.73 เมตร² หรือตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัม ที่ยังไม่ได้รับการบำบัดทดแทนทางไต 3.2) ภาวะแทรกซ้อนทางตา โดยพบจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน (Diabetic retinopathy: DR) จากการตรวจด้วย Fundus camera อยู่ในระดับ mild NPDR หรือ Moderate NPDR 3.3) ภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทรับรู้สัมผัสที่เท้า โดยตรวจพบความผิดปกติจากผลการตรวจการรับรู้สัมผัสที่เท้าด้วย monofilament 4. สามารถใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน 5. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถมองเห็น ได้ยิน พูด อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และ 6.ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1. ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต มีแผลที่เท้าติดเชื้อ เคยถูกตัดแขน ตัดขา หรือตัดเท้า มีข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น อัมพาตครึ่งซีก ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มองไม่เห็นหรือตาบอด และ 2. ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย หรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ที่เข้ารับการรักษาที่รพ.สต.บ้านคลอง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ด้วยโปรแกรม G*Power จากการศึกษาของดวงฤทัย ไพรบึง, พิชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ และคณะ (2562) ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.62 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power analysis) เท่ากับ 0.80 สมมติฐานทางเดียว (one-tailed test) ใช้สถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยกลุ่มละ 33 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย รวมจำนวนทั้งสิ้น 66 ราย ควบคุมตัวแปรของกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดโดยใช้เทคนิคการจับคู่ (pair matching) ในเรื่องอายุห่างกันไม่เกิน 5 ปี ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง



เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ระดับความดันโลหิต

2) แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนตำรา วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้วัดสัปดาห์ที่ 1 ก่อนการเข้าร่วมวิจัย สัปดาห์ที่ 2 หลังเข้าร่วมวิจัย และสัปดาห์ที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 5 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ การเข้ายา จำนวน 5 ข้อ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 5 ข้อ และการจัดการความเครียด จำนวน 5 ข้อ รวม 25 ข้อ เป็นแบบถูกผิด ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน คะแนนอยู่ในช่วง 0-25 คะแนน แบ่งเกณฑ์โดยอิงหลักการแบ่งช่วงคะแนนที่เท่ากัน (Equal Interval Method) และพิจารณาระดับคะแนนความรู้เป็นแบบอิงเกณฑ์ 5 ระดับ (Gay et al., 2012) ดังนี้ มีความรู้ในระดับน้อยมาก คะแนน 0-5 มีความรู้ในระดับน้อย คะแนน 6-10 มีความรู้ในระดับปานกลาง คะแนน 11-15 มีความรู้ในระดับมาก คะแนน 16-20 และมีความรู้ในระดับมากที่สุด คะแนน 21-25

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของจารุวรรณ ไผ่ตระกูล และคณะ (2561) ที่พัฒนามาจากการเผชิญความเครียดของลาซาลัส และโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ใช้วัดสัปดาห์ที่ 1 ก่อนการเข้าร่วมวิจัย สัปดาห์ที่ 2 หลังเข้าร่วมวิจัย และสัปดาห์ที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อความที่เกี่ยวข้องกับวิธีการต่างๆ ที่สามารถใช้ลดและจัดการกับความเครียด มีจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 1) การเผชิญความเครียดด้านมุ่งการแก้ไขตามปัญหาที่เกิดขึ้น จำนวน 10 ข้อ และ 2) การเผชิญความเครียดด้านมุ่งจัดการกับอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (5=ไม่เคย, 4=นานๆ ครั้ง, 3=ปานกลาง, 2=บ่อยครั้ง, 1=เป็นประจำ) ถ้าได้คะแนนสูง หมายถึง สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของลาซาลัส และโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูล และ ขั้นตอนที่ 3 การเผชิญความเครียด ร่วมกับการนำรูปแบบการให้ข้อมูลรวมถึงการสื่อสารที่ทันสมัยมาใช้ คือ แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ (LINE official account: LINE OA) ชื่อบัญชี คือ “เบาใจ ไม่เบาหวาน” ซึ่งรวบรวมเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์วิธีต่างๆ เช่น การฝึกการทำสมาธิ การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เสียงดนตรีบำบัดในรูปแบบภาพอินโฟกราฟฟิก และวิดีโอออนไลน์ นอกจากนี้ยังสามารถซักถามข้อสงสัยผ่านช่องทางแชทตลอด 24 ชั่วโมง และกลุ่มตัวอย่างสามารถศึกษาได้ด้วยตนเองตลอดเวลาที่ต้องการ

2) แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2567) ถึงอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 5 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-15 คะแนนแบ่งระดับเป็น



เครียดน้อย ระดับคะแนน 0-4 เครียดปานกลาง ระดับคะแนน 5-7 เครียดมาก ระดับคะแนน 8-9 และเครียดมากที่สุด ระดับคะแนน 10-15

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้สอนเกี่ยวกับการจัดการความเครียด 1 ท่าน และพยาบาลที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 1 ท่านตรวจสอบและปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ 1) แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 นำไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson 21) (Meehanpong & Chatdokmaiprai, 2018) ได้ค่า 0.75 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ 3) แบบประเมินความเครียด (ST5) วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่า 0.96 และ 0.97 ตามลำดับ ส่วนโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ หลังกำหนดเนื้อหาแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดิมทั้ง 3 ท่านตรวจสอบ และปรับแก้ไขตามคำแนะนำ แล้วจึงนำไปทดลองใช้ พบว่ามีความเข้าใจในเนื้อหาตรงกัน สามารถปฏิบัติตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ได้ มีระยะเวลาที่เหมาะสม หลังจากนั้นจึงนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับหนังสือรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราช ดังนี้

1) ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก จากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับการบริการที่รพ.สต.บ้านคลอง จ.พิษณุโลก ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 33 คน รวมทั้งสิ้น 66 คน

2) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการนัดพบกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่กลุ่มตัวอย่างต้องมาตรวจตามนัด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมจนครบก่อนในสัปดาห์ที่ 1-4 เสร็จแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองต่อในสัปดาห์ที่ 5-8

3) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล โดยเรียงลำดับตามการเข้าพบแพทย์เพื่อปฐมนิเทศ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาที่ได้รับ รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม จำนวน 33 ราย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ก่อนเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่รพ.สต.บ้านคลอง จ.พิษณุโลก โดยใช้เวลา 30 นาที ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน



และแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ และการให้ความช่วยเหลือตามปัญหาขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการแต่ละครั้ง และนัดหมายการพบครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ขณะเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่รพ.สต.บ้านคลอง จ.พิษณุโลก โดยใช้เวลา 30 นาที ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ และการให้ความช่วยเหลือตามปัญหาขณะที่ผู้ป่วยมารับบริการแต่ละครั้งและนัดหมายการพบครั้งต่อไป

และครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 4 หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่รพ.สต.บ้านคลอง จ.พิษณุโลก โดยใช้เวลา 45 นาที ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานผ่าน google form ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม และให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคาท์ ชื่อบัญชี “เบาใจไม่เบาหวาน” จากการสแกน QR code หรือ search ชื่อ และเพิ่มเพื่อน อธิบายวิธีการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคาท์ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถาม หรือเข้าถึงข้อมูลต่างๆได้เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ประเมินปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และสรุปกิจกรรม

กลุ่มทดลอง จำนวน 33 ราย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 5 วันที่ 1 ก่อนเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่รพ.สต.บ้านคลอง จ.พิษณุโลก โดยใช้เวลา 60 นาที ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลก่อน และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคาท์ ชื่อบัญชี “เบาใจไม่เบาหวาน” จากการสแกน QR code หรือ search ชื่อ และเพิ่มเพื่อน อธิบายวิธีการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคาท์ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มกลุ่มละ 3-5 รายดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์

- ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทีมสุขภาพ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล การให้ข้อมูลอาการ การรักษา และแผนการดูแล

- ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การเจ็บป่วย หาสาเหตุของสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การสูญเสียคุณค่า การสูญเสียบทบาทของตนเอง โดยตั้งคำถามกับตนเองว่า “ตอนนี้ฉันกำลังมีปัญหอะไร และอะไรบ้างที่ทำให้เกิดปัญหานั้น” เพื่อให้ได้มาซึ่งการรับรู้ และเข้าใจปัญหาของตนเอง

- ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถของตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะแก้ไขอย่างไรให้เหมาะสม โดยตั้งคำถามกับตนเองว่า “ฉันจะทำอะไรได้บ้าง” ประเมินความสามารถตนเอง “สามารถทำได้สำเร็จหรือไม่” และประเมินแหล่งให้ความช่วยเหลือ “ได้รับอะไรจากบุคคลเหล่านี้ (แพทย์/พยาบาล/คนในครอบครัว/เพื่อน) โดยสถานการณ์



นั้นจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อตนเอง จะแสดงออกหรือจัดการอย่างไรเพื่อให้ตนเองเกิดประโยชน์สูงสุด และสถานการณ์นั้นสอดคล้องกับเป้าหมายในอนาคตของตนเองอย่างไร

- ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ในการนำมาใช้เพื่อเผชิญกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง รวมทั้งมีการรับรู้ถึงทรัพยากรที่เป็นแหล่งประโยชน์ของตนเอง เช่น สุขภาพและพลังงาน ความเชื่อทางบวก ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม หรือแหล่งทรัพยากรด้านวัตถุ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูล

- ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องโรค ประกอบด้วย ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการความเครียด ความรู้เรื่องการเผชิญความเครียดและวิธีการแก้ไขปัญหา

- ผู้วิจัยจะสอนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงความรู้เรื่องโรคและการเผชิญความเครียดผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาท์ชื่อบัญชี “เบาใจ ไม่เบาหวาน”

ขั้นตอนที่ 3 การเผชิญความเครียด

- ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการจัดการกับปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ด้วยการใช้วิธีคิดตอบคำถามกับตนเอง เมื่อเกิดความรู้สึกเครียด ขึ้นในระหว่างวัน เช่น 1) เวลาไหนที่เกิดความเครียด 2) สาเหตุที่ทำให้เครียด 3) มีอาการทางกายหรือเกิดอารมณ์อย่างไรเมื่อเครียด 4) อาการต่าง ๆ เป็นอยู่นานหรือไม่ 5) มีข้อคิดหรือคิดอย่างไรเกี่ยวกับสถานการณ์ความเครียดนั้น กลุ่มตัวอย่างจะเกิดความเข้าใจในตนเองมากขึ้น

- ผู้ช่วยวิจัยสอนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์วิธีต่างๆ เช่น การฝึกการทำสมาธิ การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เสียงดนตรีบำบัด ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาท์ และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตการณ์การปฏิบัติตามคำแนะนำ

- ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย สรุปรกิจกรรมพร้อมนัดหมายการพบครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 5 วันที่ 3 ผู้วิจัยติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์ หรือทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล โดยใช้เวลา 10-15 นาที ถึงการใช้ประโยชน์ การทบทวนเนื้อหา กระตุ้นและติดตามการเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าผู้วิจัยจะมีการส่งข้อความให้ความรู้แต่ละหัวข้อในรูปแบบรูปภาพและวิดีโอ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคาท์ ชื่อบัญชี “เบาใจ ไม่เบาหวาน” วันละ 1 ครั้ง ช่วงเช้าเวลา 09.00 น. ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 7 วัน และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การเผชิญความเครียด ทางช่องแชทตลอด 24 ชั่วโมง โดยจะมีแอดมิน คือ ผู้วิจัยตอบคำถามทันที และนัดหมายการพบครั้งต่อไป

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 ขณะเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่รพ.สต.บ้านคลอง จ.พิษณุโลก โดยใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยทบทวนเนื้อหา กระตุ้นและติดตามการเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียล และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจะสรุปรกิจกรรมพร้อมนัดหมายการพบครั้งต่อไป



ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 8 หลังเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่รพ.สต.บ้านคลอง จ.พิษณุโลก โดยใช้เวลา 30 นาที ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคล โดยผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างให้ทำแบบวัดความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานผ่าน google form หลังจากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถาม ประเมินปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และสรุปกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และคะแนนความสามารถในการเผชิญความเครียดโดยใช้สถิติทดสอบวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวชนิดที่มีการวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test ภายหลังทดสอบการกระจายของข้อมูลแล้วพบว่าเป็นโค้งปกติ และภายในกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พุทธชินราชเลขที่ CoA No. 014/2566 (REC No. 006/2566) ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2566 ถึง 6 กันยายน 2567 การพิทักษ์สิทธิดำเนินการอย่างเคร่งครัด กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมหลังได้รับทราบวัตถุประสงค์ มีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบสิทธิหรือการรักษา ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม หลังเสร็จสิ้น กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติและสามารถเข้าถึงบัญชีไลน์แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ “เบาใจ ไม่เบาหวาน” ได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 65.73 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.70 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.75 และมีระยะเวลาเป็นเบาหวาน เฉลี่ย 11.70 ปี ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยอยู่ที่ 8.11 ส่วนความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างเฉลี่ยอยู่ที่ 136.76 และ 72.94mmHg ตามลำดับ

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอายุที่ 65.30 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.70 มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.65 และมีระยะเวลาเป็นเบาหวานเฉลี่ยสั้นกว่าที่ 9.76 ปี ระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ยอยู่ที่ 7.94 ส่วนความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างเฉลี่ยอยู่ที่ 138.94 mmHg และ 75.82 mmHg ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=33)		กลุ่มทดลอง (n=33)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
อายุ (ปี)	$(\bar{X}=65.73, S.D.=8.63)$		$(\bar{X}=65.30, S.D.=8.84)$		1.000
น้อยกว่า 35	1	3.00	1	3.00	
35-59	6	18.20	6	18.20	
60-75	26	78.80	26	78.80	
เพศ					.786
ชาย	9	27.30	10	30.30	
หญิง	24	72.70	23	69.70	
ดัชนีมวลกาย	$(\bar{X}=24.75, S.D.=3.04)$		$\bar{X}=25.65, S.D.=3.62)$		.537
น้อยกว่า 18.5	1	3.00	1	3.00	
18.5-22.9	7	21.20	5	15.20	
23-24.9	7	21.20	7	21.20	
25-29.9	17	51.50	15	45.50	
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	1	3.00	5	15.20	
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน	$(\bar{X}=11.70, S.D.=6.29)$		$(\bar{X}=9.76, S.D.=6.82)$		.489
1-5	6	18.20	12	36.40	
6-10	12	36.40	9	27.30	
11-15	5	15.20	5	15.20	
16-20	6	18.20	3	9.10	
มากกว่า 20	4	12.10	4	12.10	
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม	$(\bar{X}=8.11, S.D.=1.13)$		$(\bar{X}=7.94, S.D.=0.88)$		.555
7-10	32	97.00	31	93.90	
มากกว่า 10	1	3.00	2	6.10	
ความดันโลหิตตัวบน	$(\bar{X}=136.76, S.D.=14.46)$		$(\bar{X}=138.94, S.D.=17.63)$		.103
น้อยกว่า 130 mmHg.	12	36.40	5	15.20	
130-160 mmHg.	18	54.50	26	78.80	
มากกว่า 160 mmHg.	3	9.10	2	6.10	
ความดันโลหิตตัวล่าง	$(\bar{X}=72.94, S.D.=11.32)$		$(\bar{X}=75.82, S.D.=10.47)$		.324
น้อยกว่า 60 mmHg.	2	6.10	0	0.00	
60-80 mmHg.	20	60.60	23	69.70	
มากกว่า 80 mmHg.	11	33.30	10	30.30	

p value<.05



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 หลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (one way repeated measures ANOVA) เรื่องการกระจายแบบปกติ (normality) และความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานในแต่ละช่วงของการวัดซ้ำต้องไม่แตกต่างกัน (homogeneity of variances) โดยประเมินจาก Mauchly's test of sphericity ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ แต่การทดสอบความแปรปรวน (sphericity) ของคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานในแต่ละช่วงของการวัดไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ค่า Mauchly's test of sphericity significant (p value < .05, p value < .001) จึงรายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser ซึ่งปรับแก้ค่าทางสถิติแล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอย่างน้อย 2 ระยะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value < .05 (p value < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

ความรู้	ก่อนได้รับ โปรแกรมใน สัปดาห์ที่ 1 $\bar{X}$ (S.D.)	หลังได้รับ โปรแกรมใน สัปดาห์ที่ 2 $\bar{X}$ (S.D.)	หลังได้รับ โปรแกรมใน สัปดาห์ที่ 4 $\bar{X}$ (S.D.)	SS	df	MS	F ^a	p-value	Partial η^2
กลุ่มควบคุม	13.91 (3.86)	14.85 (3.62)	13.70 (3.58)	24.78	2.00	12.39	13.549	<.001*	.297
กลุ่มทดลอง	13.97 (3.87)	17.24 (2.18)	18.97 (1.68)	425.64	1.33	321.27	44.750	<.001*	.583

* p -value < .05, SS=Sum Square; df=degree of freedom; MS=Mean Square; a=Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type error

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยวิธีการทดสอบ Bonferroni ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value < .001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยวิธีการทดสอบบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

ความรู้	Mean Difference	S.D.	95%CI	p-value
กลุ่มควบคุม				
สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 2	-0.93	0.20	[-1.45, -0.42]	<.001*
สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 4	2.21	0.21	[-0.33, 0.75]	1.000
สัปดาห์ที่ 2 - สัปดาห์ที่ 4	1.15	0.27	[0.44, 1.85]	<.001*
กลุ่มทดลอง				
สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 2	-3.27	0.61	[-4.81, -1.74]	<.001*
สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 4	-5.00	0.64	[-6.62, -3.38]	<.001*



ความรู้	Mean Difference	S.D.	95%CI	p-value
สัปดาห์ที่ 2 - สัปดาห์ที่ 4	-1.73	0.29	[-2.46, -1.00]	<.001*

*p-value<.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันด้วย Independent t-test พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<.05$ และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<.05$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4

ความรู้	กลุ่มควบคุม (n=33)		กลุ่มทดลอง (n=33)		95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1	13.91	3.86	13.97	3.87	[-1.97, 1.84]	-0.064	.095
หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2	14.85	3.62	17.24	2.18	[-3.87, -0.92]	-3.25	.002*
หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4	13.70	3.58	18.97	1.68	[-6.65, -3.90]	-7.648	<.001*

*p-value<.05

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA เมื่อทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ one way repeated measures ANOVA เรื่องการกระจายแบบปกติ และความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในแต่ละช่วงของการวัดซ้ำต้องไม่แตกต่างกัน (homogeneity of variances) โดยประเมินจาก Mauchly's test of sphericity ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ แต่ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในแต่ละช่วงของการวัดไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นค่า Mauchly's test of sphericity significant ($p\text{-value}<.05$, $p\text{-value}<.001$) จึงรายงานผลโดยใช้ค่า Greenhouse-Geisser ซึ่งปรับแก้ค่าทางสถิติแล้วพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอย่างน้อย 2 ระยะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<.05$ ($p\text{-value}<.001$) ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

พฤติกรรม การเผชิญ ความเครียด	Week 1 $\bar{X}$ (S.D.)	Week 2 $\bar{X}$ (S.D.)	Week 4 $\bar{X}$ (S.D.)	SS	df	MS	F	p-value	Partial η^2
กลุ่มควบคุม	8.55 (2.33)	10.00 (2.12)	8.70 (2.08)	42.20	1.37	30.66	12.080	<.001*	.274
กลุ่มทดลอง	8.52 (2.31)	10.97 (2.10)	13.45 (2.54)	402.57	2.00	201.28	90.231	<.001*	.738

*p-value<.05, SS=Sum Square; df=degree of freedom; MS=Mean Square; a=Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type error

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยวิธีการทดสอบ Bonferroni ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<.05 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 โดยวิธีการทดสอบ Bonferroni

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	Mean Difference	S.D.	95%CI	P
กลุ่มควบคุม				
สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 2	-1.45	0.19	[-1.93, -0.97]	<.001*
สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 4	-0.15	0.39	[-1.14, 0.83]	1.000
สัปดาห์ที่ 2 - สัปดาห์ที่ 4	1.30	0.35	[0.40, 2.20]	.003*
กลุ่มทดลอง				
สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 2	-2.45	0.32	[-3.26, -1.65]	<.001*
สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 4	-4.93	0.44	[-6.04, -3.84]	<.001*
สัปดาห์ที่ 2 - สัปดาห์ที่ 4	-2.48	0.34	[-3.34, -1.63]	<.001*

*p-value<.05

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<.05 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<.05 ดังแสดงในตารางที่ 7



ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม (n=33)			กลุ่มทดลอง (n=33)			t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	95%CI	$\bar{X}$	S.D.	95%CI		
ก่อนได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 1	8.55	2.33	[-1.93, -0.97]	8.45	2.20	[-3.26, -1.65]	0.163	.871
หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2	10.00	2.12	[-1.14, 0.83]	10.97	2.09	[-6.04, -3.84]	-1.867	.067
หลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4	8.70	2.08	[0.40, 2.20]	13.45	2.53	[-3.34, -1.63]	-8.322	<.001*

*p-value<.05

อภิปรายผล

โปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานหลังการได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุตา หั่นกลาง, สมพงษ์ ลีกลาง, สุจินดา สิริอนันต์ และคณะ (2568) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรม “Sugar Safety Alert” ทางไลน์แอปพลิเคชันสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความรู้เพิ่มสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญา ทองโปร, ประพัศพร แยมโกสม, ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์ และคณะ (2568) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อ ความรู้ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของจักรกฤษณ์ วัชรราชูร์ และณัฐพงศ์ อุทร ที่ศึกษาประสิทธิภาพของการสมัครทางไลน์และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติตามการใช้ยา การศึกษาการทดลองควบคุมแบบสุ่มในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้รับการควบคุมผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (Wungrath & Autorn, 2021) ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของสุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ และคณะ (2561) ที่ศึกษาผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจด้านโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานไม่พบความแตกต่างความรู้เรื่องโรคและความเข้าใจด้านความรู้โรคต่ออาการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าสื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งเป็นสตีกเกอร์ไลน์รูปการ์ตูนมีข้อความที่เป็นประโยชน์ๆ และการส่งข้อความที่เป็นความรู้ที่ใช้ในงานวิจัยนี้สามารถทำให้ผู้ใช้เกิดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน แต่ไม่ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับโรคเนื่องจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษานี้ระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน แต่การศึกษานี้ผลการศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้



เรื่องโรคเบาหวานทั้งหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 2 และหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 ระยะ อธิบายได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้พูดและวิเคราะห์ถึงภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองที่ผ่านมา คือการเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองประเมินการรับรู้ต่อสถานการณ์และประสบการณ์การเจ็บป่วยหาสาเหตุของสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ความเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย การสูญเสียคุณค่า การสูญเสียบทบาทของตนเอง ประเมินความสามารถของตนเองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าจะแก้ไขอย่างไรให้เหมาะสม โดยสถานการณ์นั้นจะเกิดผลดีหรือผลเสียต่อตนเอง จะแสดงออกหรือจัดการอย่างไรเพื่อให้ตนเองเกิดประโยชน์สูงสุด และสถานการณ์นั้นสอดคล้องกับเป้าหมายในอนาคตของตนเองอย่างไร รวมถึงประเมินแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ในการนำมาใช้เพื่อเผชิญกับปัญหาความเครียดที่เกิดขึ้น เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง รวมทั้งมีการรับรู้ถึงทรัพยากรที่เป็นแหล่งประโยชน์ของตนเองซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซาลัส และโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) วิธีการดังกล่าวทำให้กลุ่มทดลองได้ย่นสิ่งที่ตนเองวิเคราะห์ และเกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเอง โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยหาแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เป็นอุปสรรคเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติให้ดีขึ้น ร่วมกับการให้ความรู้โดยเสริมจากความรู้เดิมที่มีและต้องปรับให้เข้ากับวิถีชีวิตของผู้ป่วยแต่ละรายอีกทั้งผู้วิจัยได้ใช้สื่อรูปแบบภาพอินโฟกราฟฟิก และวิดีโอออนไลน์ เชื่อมโยงความรู้ในแต่ละหัวข้อให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้กลุ่มทดลองง่ายต่อการทำความเข้าใจและจดจำ และให้กลุ่มทดลองเข้าถึงแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ ชื่อบัญชี “เบาใจไม่เบาหวาน” ประกอบด้วย ความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการจัดการความเครียด พบว่าความรู้ของกลุ่มทดลองสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ที่สอดคล้องกับการทบทวนความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน และน้ำตาลในเลือดสูง พบว่าการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานเป็นองค์ประกอบที่ทำให้การควบคุมเบาหวานดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุทิสสิ รังวาริ (2566) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรคเบาหวานทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น และสามารถระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์ที่นำมาใช้ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น (กิตติยาพร สังขศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี และคณะ, 2565; สุจิตรา ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ และคณะ, 2561)

ความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงฤทัย ไพรบึง, พิชราพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ และคณะ (2562) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวานพบว่า ระยะหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในระยะหลัง



การทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เกิดจากการเจ็บป่วยนั้นสามารถลดลงได้ด้วยการค้นหาสาเหตุของความเครียด และการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับการแก้ไขความเครียด และการเผชิญความเครียดด้วยกลวิธีต่างๆ โดยโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสพัฒนาจากแนวคิดการเผชิญความเครียดของลาซาลัส และฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 การประเมินสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูล และขั้นตอนที่ 3 วิธีการเผชิญความเครียด โดยการร่วมกับการนำรูปแบบการให้ข้อมูลรวมถึงการสื่อสารที่ทันสมัยมาใช้ คือแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดส โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในสังคม ด้านการได้รับข้อมูลและคำแนะนำในการแก้ปัญหา และการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่า มีบุคคลที่ไว้วางใจในยามทุกข์ ช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ และเชื่อมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามสามารถของตนเอง และช่วยลดความเครียด ผลกระทบจากความเครียดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการฝึกการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เป็นอยู่ว่าเป็นอันตราย คุกคาม หรือความท้าทาย มีการประเมินความสามารถของตนเองต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้และเข้าใจปัญหาของตนเอง รวมถึงการประเมินแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ในการนำมาใช้ เช่น สุขภาพและพลังงาน ความเชื่อทางบวก ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม หรือแหล่งทรัพยากรด้านวัตถุ รวมถึงการรับข้อมูลผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสจะช่วยส่งเสริมความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองไปในทางที่ดี เพื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้น และนอกจากนี้การจัดกิจกรรมโดยการให้ข้อมูลและสนับสนุนอารมณ์ โดยผู้วิจัยแสดงความจริงใจ เคารพผู้ป่วยโรคเบาหวาน สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่ผ่อนคลาย ใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวล และยอมรับอารมณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยปัญหาต่างๆ และประเมินความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวานทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี การให้แรงเสริมภายในและภายนอกส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อใจว่าผู้วิจัยสามารถดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด นอกจากนี้การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดส ยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถเข้าถึงวิธีการลดความเครียดต่างๆ ได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนและฝึกฝนวิธีการลดความเครียดแบบต่างๆ ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเกิดความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้น และมีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลได้ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานบรรลุเป้าหมายในการจัดการกับความเครียดจนทำให้ระดับความเครียด ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะในระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ที่ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความเครียดลดลง ในทางตรงกันข้ามกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ กลับมีระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการเผชิญความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Munster-Segev et al (2017) ที่ศึกษาการใช้แอปพลิเคชันในโทรศัพท์เพื่อลดความเครียดในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปัญญนีย์ ทองโปร่ง, ประพัศสร แยมโกสมุ, ศรีสุพรรณ นันทพิบูลย์ และคณะ (2568) ที่พบว่าผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองมีค่า



คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสกันท์ ต่อความรู้ และความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ร่วมกับประยุกต์ใช้แนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนข้อมูล และอารมณ์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสกันท์สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ ให้สามารถปรับตัวจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในชีวิต ซึ่งหากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการรับรู้ที่จะสามารถเผชิญปัญหา และจัดการกับปัญหา อันเป็นสาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเดสกันท์ จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เพิ่มขึ้น ความเครียดลดลง และความสามารถในการเผชิญความเครียดเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรนำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก และวางแผนออกแบบการดูแลให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้สามารถปรับตัวจากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และสถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นต่อเนื่องในชีวิต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามขยายผลการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว และขยายพื้นที่ในการศึกษา เพื่อให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และสามารถยืนยันผลลัพธ์ระยะยาวได้ ร่วมกับการวัดผลลัพธ์ทางคลินิก มีการประเมินการเข้าใช้แอปพลิเคชัน ความบ่อยของการใช้ การเข้าถึง รวมไปถึงการควบคุมกลุ่มตัวอย่างให้ใช้การแสวงหาความรู้ในช่องทางเดียวคือแอปพลิเคชันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและได้ขยายผลในการนำไปใช้ต่อไป นอกจากนี้การพัฒนาโปรแกรมที่มีความเฉพาะกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นโดยภาวะแทรกซ้อนใดภาวะแทรกซ้อนหนึ่ง เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่แตกต่างกัน อาจแสดงพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่ช่วยเหลือสนับสนุน และให้คำปรึกษา ตลอดจนจนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนคร พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนกที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

- กิตติยาพร สังข์ศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรหมศรี และนิรันดร์ ผานิจ. (2565). การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชันไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานท์สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(2), 623-641.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566). *จำนวนและอัตราตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560 - 2564)*. สืบค้นจาก <http://thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *แบบประเมินความเครียด (ST-5)*. สืบค้นจาก <https://dmhpd.dmh.go.th/%e0%b9%81%e0%b8%9a%e0%b8%9a%e0%b8%9b%e0%b8%a3%e0%b8%b0%e0%b9%80%e0%b8%a1%e0%b8%b4%e0%b8%99/>
- จารุวรรณ ไผ่ตระกูล, ศรีสุดา รัชมีพงศ์, กวินนา พันธสวัสดิ์, สุนันันท์ พิมพ์ครอง, เบญจรัตน์ นรภาร, ภัทรา สิริวิริยะพัฒน์ และคณะ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ตำบลลองครักษ์ อำเภอลองครักษ์ จังหวัดนครนายก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(1), 21-31.
- ชนิดาวดี สายืน, นิพนธ์ธีระวี เฟื่องพล, พรณงาม วรณพฤกษ์, กิรณานันท์ สนธิธรรม, ครีอวัลย์ ดิษเจริญ, ณัฐณณร์ หาศิริ และคณะ. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 23(3), 67-76.
- ชนัญช งามจิตตรง และรัตนา สำโรงทอง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนชนบทของประเทศไทย. *วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 4(1), 54-66.
- ดวงฤทัย ไพโรบึง, พัชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนางสัตว์ชื่อ และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(2), 153-162.
- ทรงกรกฎ ศฤงคาร, ตฤณ ทิพย์สุทธิ, และกัลยา มั่นล้วน. (2567). การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการจัดการตนเองและครอบครัว. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(1), 68-80.
- ทรงวุฒิ สารจันทิก และลือรัตน์ อนุรัตน์พาณิชย์ (2565). ผลลัพธ์ในกาติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยแอปพลิเคชันไลน์. *เชิงรายวารสาร*, 14(2), 75-88
- ปัญญนีย์ ทองโปร่ง, ประพัศสร แยมโกสม, ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์ และธวัชรัตน์ จรสรน้อย. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อ ความรู้ พฤติกรรม การจัดการตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 รายใหม่ โรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 43(1), e277404.
- พุทธรักษ์ ดีสิน และศุภศิลป์ ตรีรักษา. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(3), 36-41.



- มนัญญา ภิรมย์. (2565). ความสัมพันธ์ของความเครียดและภาวะซึมเศร้าต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสามัคคี จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 19(3), 125-136.
- มนิตา พูลสงวน. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเกาะยาวชัยพัฒนา จังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(2), 299-306.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd>
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2568). *อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 2*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/plk/public/standard-report-detail/137a726340e4dfde7bbbc5d8aeec3ac3>
- เลิศวิทย์ เหลือผล. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานในตำบลอาจสามารถ อำเภอกาบัง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 9(1), 455-466
- วาริ ไอยราคม. (2568). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเอง ร่วมกับการติดตามด้วยแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *Science, Technology, and Social Sciences Procedia*, (1), CRF06.
- สกลสุภา สิงคบุตร, เรืองฤทธิ์ ไทรพันธ์ และเพชรรัตน์ พิบาลวงศ์. (2567). การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อติดตามและเตือนอาการผิดปกติ ต่อความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตัว และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 30(2), 56-74.
- สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภะ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ปณิชา พลพินิจ, วิภา วิเสโส, ชุตินา ฉันทมิตรโอภาส และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 74-84.
- สุจิตรา ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ และพางนา ดวงจันทร์. (2561). ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้ และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(36), 78-87.
- สุดา หั่นกลาง, สมพงษ์ ลือกลาง, สุจินดา สิริอนันต์, ศุภรัตน์ ภูเกิด และทิวา ฉนวนพิมาย. (2568). ประสิทธิภาพของนวัตกรรม "Sugar Safety Alert" ทางไลน์แอปพลิเคชันสำหรับผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการพยาบาล*, 31(1), 66-83.
- สุจิตราภรณ์ ทับครอง, เพ็ญรุ่ง นวลแจ่ม, นิตยา วิโรจนะ และพางนา ดวงจันทร์. (2561) ผลของการใช้สื่อสุขภาพรูปแบบแอปพลิเคชันไลน์ต่อความรู้และความเข้าใจโรคเบาหวานของบุคลากรในสถานศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(36), 78-87.



- สุทนต์ รังวาริ. (2566). ผลการใช้โปรแกรมการให้ความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอากาศอำนวย. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 8(4), 152-161.
- สุดติศา ยอดเมือง และอิสริย์ ปัญญาวรรณ (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้นจอตา หลังการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ห้องตรวจจอตาและวุ้นตา โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(4), 43-55.
- สำรวย ว่องไวฤทธิ์. (2568). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลบ้านโพธิ์อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพปทุมภูมิและสาธารณสุข*, 3(1), 141-156.
- American Diabetes Association (2025). Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes-2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S1-S5.
- Gay, L. R., Mills, G. E., & Airasian, P. W. (2012). *Educational research: Competencies for analysis and applications* (10th ed.). Pearson Education.
- Ingrosso, D. M. F., Primavera, M., Samvelyan, S., Tagi, V. M., & Chiarelli, F. (2023). Stress and diabetes mellitus: pathogenetic mechanisms and clinical outcome. *Hormone Research in Paediatrics*, 96(1), 34-43. <http://doi.org/10.1159/000522431>
- International Diabetes Federation. (2025). *IDF Diabetes Atlas 11th Edition*. Retrieved from: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
- LINE Corporation. (2563). LINE for business [อินเทอร์เน็ต]. 2563. สืบค้นจาก <https://lineforbusiness.com/th/service/line-oa-features>
- Kalra, S., Jena, B. N. & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and Psychological Needs of People with Diabetes. *Indian Journal of Endocrinology Metabolism*, 22(5):696–704. <http://doi:10.4103/ijem.IJEM57917>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Munster-Segev, M., Fuerst, O., Kaplan, S. A. & Cahn, A. (2017). Incorporation of a stress reducing mobile app in the care of patients with type 2 diabetes: A prospective study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 5(5), e75. <http://doi.org/10.2196/mhealth.7408>
- Wungrath, J. & Autorn, N. (2021). Effectiveness of Line application and telephone-based counseling to improve medication adherence: A randomized control trial study among uncontrolled type 2 diabetes patients. *Health Promotion Perspectives*, 11(4), 438-443. <http://doi.org/10.34172/hpp.2021.55>. eCollection 2021
- Sharma, K., 1, Akre, S., Chakole, S., & Wanjari, M. B. (2022). Stress-Induced Diabetes: A Review. *Cureus*, 14(9), e29142. <http://doi.org/10.7759/cureus.29142>



การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ไชยยา จักรสิงห์โต¹ และ ศรุต มูลสาร^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

²มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย

(วันที่รับบทความ: 25 กันยายน 2568; วันที่แก้ไข: 17 พฤศจิกายน 2568; วันที่ตอบรับ : 28 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พัฒนา ประเมินรูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่าง 169 คน ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 และ 2 จำนวน 97 คน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 2) ผู้ดูแล 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ 4) ผู้แทนหน่วยบริการสุขภาพและเครือข่าย และกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 จำนวน 72 คน เก็บข้อมูลระหว่างมิถุนายน 2566–มิถุนายน 2567 การศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ ระยะที่ 3 ประเมินผล โดยใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50–1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ t-test for independent samples ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบว่าการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.1 และมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 สูงถึงร้อยละ 59.0 ระยะที่ 2 พบข้อจำกัดด้านนโยบายที่เน้นบุคลากรทางการแพทย์ ขาดการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายสุขภาพ และไม่มีแนวทางคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจน ระยะที่ 3 พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น ($p=0.047$) และค่า GFR ($p = 0.015$) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่พฤติกรรมการใช้ยา การออกกำลังกาย และค่า HbA1C ไม่พบความแตกต่าง สะท้อนว่าการจัดการตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมบางด้าน แต่ยังมีข้อจำกัดในการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเอง, โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3, เบาหวานชนิดที่ 2, การมีส่วนร่วมของชุมชน

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ศรุต มูลสาร; newsoul.hp@gmail.com



Development on Self-Care Model for Prevention Chronic Kidney Disease Stage 3 among Type II Diabetic Patients using Community Participation

Chaiya Jugsingto¹ and Sarut Moonsarn^{2*}

¹Sa Kaeo Provincial Public Health Office

^{2*}World Vision Foundation of Thailand

(Received: 25 September 2025; Revised: 17 November 2025; Accepted : 28 November 2025)

Abstract

This study aimed to explore, develop, and evaluate a self-management model for patients with type 2 diabetes to prevent stage 3 chronic kidney disease (CKD) through community participation. The sample consisted of 169 participants, divided across three phases. Phases 1 and 2 involved 97 participants, including: (1) patients with type 2 diabetes, (2) caregivers, (3) village health volunteers (VHVs), and (4) representatives from local health service units and community health networks. Phase 3 included 72 patients with stage 2 kidney impairment. Data collection was conducted from June 2023 to June 2024 and divided into three phases: Phase 1 situation and needs analysis, Phase 2 development of the self-management model, and Phase 3 outcome evaluation. Data collection include questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions. The IOC values ranged from 0.50 to 1.00, and the reliability coefficient was 0.80. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and independent samples t-test, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The results revealed that in Phase 1, revealed that self-management among patients was moderate (63%), with a high prevalence of stage 2 kidney impairment (59%). Phase 2 identified policy limitations focused mainly on medical personnel, lack of participation from other health networks, and absence of clear screening guidelines for at-risk groups. Patient care relied heavily on physician directives and lacked continuous support systems for self-care. Phase 3 showed that the intervention group significantly improved dietary behavior ($p=0.047$) and had a statistically significant reduction in GFR levels ($p = 0.015$). However, no significant differences were found in medication use, physical activity, or HbA_{1c} levels. The results suggest that self-management can positively influence certain health behaviors, particularly diet, but clinical outcomes remain limited due to time constraints and insufficient support systems.

Keywords: Development of a Self-Management Model, Stage 3 Chronic Kidney Disease, Type 2 Diabetes Mellitus, Community Participation

***Corresponding author:** Sarut Moonsarn; newsoul.hp@gmail.com



บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมากกว่า 2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของประชากรโลก (World Health Organization: WHO, 2022) สำหรับประเทศไทยในปี 2564 พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไปมีประมาณร้อยละ 2.9–13.0 หรือราว 2 ถึง 9 ล้านคน แต่มีเพียงร้อยละ 1.9 ที่ตระหนักว่าตนเองป่วย (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2564) โดยคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังประมาณร้อยละ 17.6 หรือราว 8 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มร้อยละ 15–20 ต่อปี ป่วยเป็นไตวายระยะสุดท้ายจำนวน 80,000 คน คิดเป็นอัตราป่วยประมาณ 114.29 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการบริโภคโซเดียมเกิน ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเสื่อม (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565)

โรคไตเรื้อรังพบว่า ส่วนใหญ่มีสาเหตุสำคัญมาจากโรคเบาหวาน (กองโรคไม่ติดต่อ, 2564) โดยผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดภาวะไตเสื่อมเรื้อรังมากกว่าคนปกติถึง 20 เท่า เนื่องจากโรคนี้มีผลทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็ง มีผลให้การทำงานของไตเสื่อมลงอย่างถาวร โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จะเริ่มพบอาการไตเสื่อมได้ประมาณร้อยละ 30-35 และหากดูแลตนเองไม่ถูกต้องภายใน 4 ถึง 7 ปี จะกลายเป็นโรคไตเสื่อมระยะสุดท้าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ เป็นต้น (ฉวีวรรณ กลิ่นหอม, นิรุวรรณ เทิร์นโบล และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, 2563)

ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานไม่ให้เข้าสู่ระยะที่ 3–5 โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมการดูแลแบบองค์รวมในชุมชน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2565) ควบคู่กับแนวทางเวชปฏิบัติที่เน้นการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต การใช้ยาที่ปลอดภัยต่อไต การคัดกรองและติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ และการสนับสนุนผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (กรมควบคุมโรค, 2566) อย่างไรก็ตามการดำเนินงานยังเผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร การบูรณาการข้อมูล และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการป้องกันและชะลอไตเสื่อมในระดับพื้นที่ จึงจำเป็นต้องปรับนโยบายให้ยืดหยุ่นและตอบสนองต่อบริบทท้องถิ่นมากขึ้น พร้อมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายในผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์โรคไตเรื้อรัง ในจังหวัดสระแก้ว พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน ในปี 2563 – 2565 มีอัตราผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวนเท่ากับ 532.7 561.0 และ 621.0 ต่อ ประชากรแสนคน ตามลำดับ และปี 2561 ระยะของโรคไตเสื่อม พบมากที่สุดอันดับหนึ่ง คือ ระยะที่ 3 (ร้อยละ 36.5) รองลงมา ระยะที่ 2 (ร้อยละ 32.8) ระยะที่ 1 จำนวน 3,251 ราย (ร้อยละ 15.1) และน้อยที่สุด คือ ระยะสุดท้าย จำนวน 992 ราย (ร้อยละ 4.6) ขณะเดียวกันสถานการณ์การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2563 – 2565 ของอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว พบผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน 259 333 และ 358 คน คิดเป็นร้อยละ 2.0 4.2 และ 4.7 ตามลำดับ แยกตามระยะของโรคไตเสื่อม คือ ระยะที่ 1 2 และ 3 รวมกัน นอกจากนี้ยังพบว่าตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยที่



ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตมากที่สุด ได้แก่ ตับลสมระขวัญ ซึ่งมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 2 มากที่สุด ในปี 2563 – 2565 จำนวน 36 49 และ 59 คน คิดเป็นร้อยละ 10.8 13.6 และ 16.4 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยงานวิจัยหลายฉบับได้นำแนวคิดการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Kemmis & McTaggart, 1988) และแนวคิดการจัดการตนเองของแคนเฟอร์และแกลิก-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) มาประยุกต์ใช้ พบว่าการเชื่อมโยงบริการคลินิกกับการเยี่ยมบ้าน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และค่าการทำงานของไตได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มณฑริกา แพงบุตติ และวิลาวัลย์ ชมนิรัตน์, 2564; สุเทพ แก้วสีขาว, 2567; อังศวีร์ จันทะโคตร, อุไรวรรณ แสงส่อง, ดิษฐพล ใจซื่อ และคณะ, 2565; ขวัญ ปินะเก, อมฤต สุวัฒนศิลป์, วรรณพร คงอุ่น และคณะ, 2563)

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในจังหวัดสระแก้ว และในพื้นที่ตำบลสระขวัญ พบว่าแม้จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่อัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานยังอยู่ในระดับต่ำ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว, 2565) ประกอบกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร การบูรณาการข้อมูล และการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้การป้องกันโรคไตเรื้อรังในระดับพื้นที่ยังไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลสระขวัญ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว อสม. ผู้นำชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน และชะลอการเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่ตำบลสระขวัญ จังหวัดสระแก้ว

2. เพื่อประเมินรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ตำบลสระขวัญ จังหวัดสระแก้ว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา ด้านการออกกำลังกาย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม



2. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของอัตราการกรองไต (GFR) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. รูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. กลุ่มทดลอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร, ด้านการใช้ยา และด้านการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. กลุ่มทดลอง ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 มีค่าอัตราการกรองไต (GFR) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสระขวัญ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว มุ่งเน้นการดูแลตนเองของผู้ป่วย ร่วมด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว อสม. อปท./ผู้นำชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต. เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมตั้งแต่เกิดโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 และการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการแบบมีส่วนร่วมของ Kemmis & McTaggart (1988) ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) มาใช้ในกระบวนการศึกษา ซึ่งมีกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

**ปัจจัยนำเข้า**

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3
 - ผู้ป่วยเรียนรู้การจัดการตนเอง
2. สมาชิกครอบครัว
 - มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน
 - เป็นแกนหลักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3. อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแล
 - ให้ความรู้เรื่องไตเสื่อม
 - ส่งเสริมการจัดการตนเอง ในด้านการออกกำลังกาย รับประทานอาหาร และการใช้ยา
4. อปท./ผู้นำชุมชน
 - สนับสนุนงบประมาณ
5. โรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต.
 - เป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้
 - ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของแกนนำ

กระบวนการวิจัยเชิงพัฒนา 3 ระยะ

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ โดยใช้กระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR) ประกอบด้วย

1. ระยะที่ 1 วางแผน (Planning)
 - สำรวจปัญหาความต้องการ จากผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อปท./ผู้นำชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต.
 - ระดมสมองวางแผนร่วมกันกำหนดปัญหา ออกแบบกิจกรรมกำหนดบทบาท กรอบเวลาการดำเนินงานกิจกรรม

2. การปฏิบัติตามแผน (Action) & สังเกต (Observe)

- ปฏิบัติตามแผนการ หรือแนวทางที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันออกแบบไว้

3. สะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

- ประเมินผล/วิเคราะห์/ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนในการแก้ไขปัญหาค้างคาต่อไป

ระยะที่ 2: การสร้างโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

- พัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3
- คัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- ทดสอบโปรแกรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วย

โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3

ระยะที่ 3: การประเมินผล

- การติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติที่ได้จาก

การตอบแบบสัมภาษณ์การจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย และการสนทนากลุ่ม/การระดมสมอง ของผู้ป่วย และผู้มีส่วนได้เสีย

ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลลัพธ์

- 1) พฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วย
 - ด้านการรับประทานอาหาร
 - ด้านการใช้ยา
 - ด้านการออกกำลังกาย
- 2) ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย
 - อัตราการกรองไต (GFR)
 - ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c})

ผลลัพธ์

มีรูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) ประกอบด้วย

1. การตั้งเป้าหมาย (Goal setting)
2. การกำกับตนเอง (Self -monitoring)
3. การประเมินตนเอง (Self -evaluation) และ
4. การเสริมแรงตนเอง (Self -reinforcement)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development Design) โดยทำการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสระขวัญ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว และการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 3 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน



(action) และ สังเกตการณ์ (observation) และ 3) สะท้อนกลับ (reflection) ร่วมด้วยการใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2566– มิถุนายน 2567

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย 3) อสม. และ 4) ผู้แทนสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ จำนวนทั้งสิ้น 169 คน โดยสามารถแบ่งกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในระยะที่ 1 และ 2 คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 จำนวน 30 คน 2) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 30 คน ได้แก่ สามเณร หรือภรรยา บุตรธิดา ลูกหลาน หรือบุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 30 คน และ 4) ผู้แทนสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 7 คน เนื่องจากจำนวนประชากรมีขนาดเล็กและสามารถเข้าถึงได้ทั้งหมด ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง และไม่ทำการสุ่มตัวอย่าง (Singh & Masuku, 2014) แต่จะใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) และ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) แทน

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ระบุเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคไตระยะที่ 2 จากเบาหวาน (โดยใช้รหัส ICD10: E11.21) 2) บุคคลที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ 1. ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย 2. อสม. และ 3. ผู้แทนสถานบริการสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และ อปท./ผู้นำชุมชน และ 3) อาศัยหรือปฏิบัติงานในตำบลสระขวัญ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว ไม่น้อยกว่า 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดการศึกษาริวิจัย และ 2) ถอนตัวระหว่างการดำเนินกิจกรรมจะถูกคัดออก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในระยะที่ 3 คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ระบุเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคไตระยะที่ 2 จากเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลสุขภาพตำบลสระขวัญ และ โรงพยาบาลสุขภาพตำบลศาลาลำดวน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จำนวน 72 คน สำหรับการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558)

$$\frac{n}{\text{กลุ่ม}} = \frac{2\sigma^2 (Z\alpha + Z\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณทั้งสิ้น 33 คน และเมื่อคิดการสูญเสียจากการติดตามเพิ่มร้อยละ 10 (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2558) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน ในการดำเนินการทดลองจริง พบว่าคงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน จากจำนวนทั้งหมด 72 คน โดยมีผู้เข้าร่วมจำนวน 8 คนที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือก เนื่องจากขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่า 2 ครั้ง และถอนตัวจากการศึกษา จึงถูกคัดออกระหว่างการศึกษ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน



คัดเลือกพื้นที่โดยใช้วิธีเจาะจง (Purposive sampling) โดยการคัดเลือกพื้นที่ตำบลที่มีความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด 2 สูงกว่าพื้นที่อื่นๆ ได้แก่ตำบลสระขวัญ และ ตำบลศาลาลำดวน อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว จากนั้นทำการคัดเลือกพื้นที่ ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ได้กลุ่มทดลอง ได้แก่ พื้นที่ตำบลสระขวัญ และกลุ่มควบคุม ได้แก่ พื้นที่ตำบลศาลาลำดวน ซึ่งทั้งสองพื้นที่มีระยะห่างกันมากกว่า 10 กิโลเมตร เพื่อป้องกันการรบกวนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Simple Random Sampling without replacement) โดยเกณฑ์คัดเลือก คือ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ระบุเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคไตระยะที่ 2 จากเบาหวาน 2) มีค่าอัตราการกรองไต (GFR) ระหว่าง 60-89 ml / min / 1.73 m² 3) มีอายุระหว่างอายุ 35-59 ปี และ 4) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่น้อยกว่า 1 ปี หากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตรงตามหนึ่งหรือมากกว่าข้อใดต่อไปนี้ 1) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองมากกว่า 2 ครั้งจากทั้งหมด 12 ครั้ง 2) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีโรคร่วมที่อาจส่งผลต่อผลการรักษา หรือ 3) ถอนตัวระหว่างการทดลอง จะถูกคัดออกจากการศึกษา

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ระยะที่ 1 และ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบรายบุคคลและรายกลุ่ม และระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง และส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะที่ 1 และ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบรายบุคคลและรายกลุ่ม ซึ่งลักษณะของคำถามเป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิด (open-ended question) ประกอบด้วย สภาพปัญหา/สถานการณ์ของโรค การบริการ การป้องกัน และแนวทางการพัฒนาการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ได้แก่

1.1 สถานการณ์โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 ในพื้นที่/แนวทางการกำหนดนโยบายในระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน

1.2 การพัฒนาบริการในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน โรงพยาบาลส่งเสริมตำบล/ ระบบบริการสุขภาพในฝันสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง

1.3 แนวทางการเสริมสร้างความรู้ และ ทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ในด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย

1.4 แนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3

1.5 แนวทางการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

1.6 แนวทางการเสริมสร้างความรู้การดูแลตนเองผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 สำหรับผู้ดูแล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.7 ใครมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนไตเสื่อม



2) ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง และส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย อัตราการกรองไต (GFR) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c})

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการใช้ยา และด้านการออกกำลังกาย จำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ (ปริยากร วังศรี, 2559) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ/สม่ำเสมอ (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ปฏิบัติประจำ/สม่ำเสมอ	หมายถึง	มีพฤติกรรมในการจัดการตนเอง 5-7 วัน/สัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	มีพฤติกรรมในการจัดการตนเอง อย่างน้อย 1 – 4 วัน/สัปดาห์
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่ปฏิบัติตามพฤติกรรมในการจัดการตนเอง

การแปลผลคะแนน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระดับปรับปรุง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 12.74
ระดับปานกลาง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 12.74-31.04
ระดับสูง	หมายถึง	มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า 31.04

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม ทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง

1) กิจกรรมสัปดาห์ที่ 1-2 (สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ได้แก่ การประเมินพฤติกรรม การจัดการตนเอง อัตราการกรองไต และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนได้รับโปรแกรม โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และการกำหนดเป้าหมายในการจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกายระหว่างผู้ป่วยกับผู้วิจัย

2) กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3-8 (สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) ได้แก่ 1. การอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การรักษา การปฏิบัติตัว เพื่อชะลอไตเสื่อมที่ถูกต้อง และการเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน ข้อมูลการรักษาและการส่งต่อ 2. ฝึกทักษะ การจัดการตนเองเข้ากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีต้นแบบที่ดี (role model) ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองดี เล่าประสบการณ์ให้ฟัง รวมถึงการจัดการกับอุปสรรคต่างๆ และมีผู้ป่วยที่ล้างไตแล้วมาเล่าให้ฟังว่าอดีตเคยดูแลตนเองอย่างไร และปัจจุบันล้างไตแล้วมีความยุ่งยากซับซ้อนอย่างไร 3. การกำกับและควบคุมตนเองตนเอง ฝึกทักษะในการจัดการกับโรค การใช้สังเกตอาการตนเองและการปฏิบัติตนในด้านการควบคุม



การบริโภคอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย และ 4. การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรค ร่วมกันค้นหาสาเหตุ ปรับกิจกรรมการควบคุม การปฏิบัติตนในด้านการควบคุมการบริโภคอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตเสื่อมระยะที่ 3 และการตั้งเป้าหมาย

3) กิจกรรมสัปดาห์ที่ 9-10 (สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) ได้แก่ ประเมินผล การกำกับตนเองจากการสอบถามผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และสรุปการช่วยเหลือทั้งหมดที่ผู้ป่วยกำกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ในด้านการควบคุมการบริโภคอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย รวมทั้งสรุปการช่วยเหลือทั้งหมดที่ผู้ดูแลในครอบครัว และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปฏิบัติต่อผู้ป่วย

4) กิจกรรมสัปดาห์ที่ 6-12 (สัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) โดยการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ ให้คำปรึกษาและเสริมแรงโดยการให้กำลังใจ รวมทั้งเน้นย้ำการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง ในด้านการควบคุมการบริโภคอาหาร การใช้ยา และการออกกำลังกาย ให้เกิดความต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และทำการการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 12

กลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 1: ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลให้แก่กลุ่มเป้าหมาย เปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายแนะนำตนเอง เพื่อสร้างบรรยากาศของ ความเป็นกันเอง พุดคุยซักถามเกี่ยวกับข้อมูลในการศึกษาวิจัย เมื่อกลุ่มเป้าหมายเข้าใจวัตถุประสงค์ และข้อมูลการศึกษาวิจัยอย่างครอบคลุมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงเงื่อนไขการวิจัย และระยะเวลาการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 2-12: กลุ่มควบคุมได้รับการปกติของคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พึงจะได้รับ ซึ่งกลุ่มควบคุมจะไม่ได้โปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบเหมือนที่กลุ่มทดลองได้รับ และการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 12

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.50 - 1.00 และผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน พบว่ามีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตน ด้านการรับประทานอาหาร เท่ากับ 0.87 ด้านการใช้ยา เท่ากับ 0.90 และด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.89



การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลสระขวัญ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว และการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของ (Kemmis & McTaggart, 1988) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2566 - มิถุนายน 2567 แบ่งกระบวนการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ (2) พัฒนารูปแบบการป้องกันโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย และ (3) ประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ ประกอบด้วย

1) วางแผน (Planning) โดยการประเมินสภาพปัญหาจากข้อมูลจากภาคีเครือข่ายเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาจากข้อมูลความชุกของโรค การบริการ การป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 จึงได้จัดประชุมภาคีเครือข่าย แต่งตั้งคณะทำงานร่วมกันกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตลอดจนกำหนดแนวทางการพัฒนาบริการในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสระขวัญ อย่างมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของร่วมกัน

2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) และสังเกตการณ์ (observation) คือ การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนด โดยภาคีเครือข่ายและกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน มีการสังเกตและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การประเมินผลการดำเนินงานว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ พร้อมทั้งสะท้อนผลการปฏิบัติเพื่อปรับแผนให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยมุ่งเน้นความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3) ขั้นตอนการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) คือ ผู้วิจัยอภิปรายร่วมกับทีมงานเพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ไม่บรรลุเป้าหมายและตั้งเป้าหมายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ตลอดจนการปรับปรุงรูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จนได้แนวทางที่เหมาะสมและปฏิบัติได้จริง โดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย

1) การทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991)

2) การพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง

ระยะที่ 3: การประเมินผล ประกอบด้วย 1) การทดลองการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไต



เรื้อรังระยะที่ 3 โดยการประยุกต์แนวความคิดการสนับสนุนการจัดการตนเอง โดยการใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design: Two group pretest-posttest design) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2) การติดตามผล และประเมินผลการพัฒนาโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยประเมินผลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ขณะที่สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสองกลุ่มโดยใช้สถิติ independent sample t-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว (SKPHO No. 10/2566) เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2566 ถึง 14 มิถุนายน 2567 จากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการเข้าร่วมหรือปฏิเสธโดยไม่มีผลกระทบใดๆ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม โดยจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปีหลังเผยแพร่ผลการศึกษา

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา ในระยะที่ 1 จำนวน 92 คน จากทั้งหมด 97 คน คิดเป็นร้อยละ 94.8 ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 27 คน 2) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 27 คน 3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 28 คน และผู้แทนอปท./ผู้นำชุมชน และโรงพยาบาลชุมชน/รพ.สต. จำนวน 10 คน จากการวิเคราะห์วิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของภาคีเครือข่ายพบว่า มีความซุกซนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว สูงเป็นอันดับสองของจังหวัดสระแก้ว ขณะเดียวกันพบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 59.0 และจากการทำแบบสำรวจพฤติกรรมจัดการตนเองกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของตำบลสระขวัญ จำนวน 27 คนจากทั้งหมด 30 คน พบว่ามี พฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.1 จากการสนทนากลุ่มของภาคีเครือข่าย พบอุปสรรคหลัก ได้แก่ นโยบายเดิมของโรคเรื้อรังในระดับจังหวัด พบว่าการแต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วย มีสหวิชาชีพเฉพาะแค่ทางด้านการแพทย์ ซึ่งไม่มีคณะทำงานจากภาคส่วนอื่นๆ เช่น อปท. ผู้นำชุมชน อสม. และผู้เกี่ยวข้อง และยังขาดการแต่งตั้งคณะทำงานในระดับพื้นที่ ด้านบริการ พบว่า การคัดกรองจะได้รับการคัดกรองตามนัดหมายของหน่วยบริการในพื้นที่ จะไม่ได้ทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทุกราย การตรวจรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญร่วมกันงาน



ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในพื้นที่ซึ่งจะมีการกำหนดการตรวจเป็นรายเดือน หรือรายไตรมาสตามนัดหมายของแพทย์และการจัดการของหน่วยบริการ และจะมีการนัดหมายรับยาในคลินิกโรคเรื้อรังประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามนัดหมายเป็นรอบๆ ซึ่งไม่มีแนวปฏิบัติเดียวกันทั้งเครือข่าย นอกจากนี้การส่งต่อการรักษาและการติดตามเยี่ยมบ้านจะเป็นไปตามนัดหมายของแพทย์และการจัดการของหน่วยบริการ จากสภาพปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การจัดการป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังมีข้อจำกัดในด้านนโยบาย แนวทางการให้บริการในคลินิกการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน และรูปแบบการจัดการตนเองที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อชะลอภาวะไตเสื่อมตั้งแต่เกิดโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะนำไปสู่ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างยั่งยืน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ได้นำมาสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Kanfer และ Gaelick-Buys (1991) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) การพัฒนารูปแบบดังกล่าวดำเนินการในระยะที่ 2 โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 2) ผู้ดูแลในครอบครัว 3) อสม. และ 4) อบต. ผู้นำชุมชน และรพ.ชุมชน/รพ.สต. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มตระหนักถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเสื่อมของไต เช่น การบริโภคอาหารเค็ม การไม่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการใช้ยาสมุนไพรโดยไม่ปรึกษาแพทย์ โดยผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “เมื่อได้เรียนรู้จากสื่อและคำปรึกษา ทำให้รู้ว่าพฤติกรรมบางอย่างที่เคยทำเป็นอันตรายต่อไต” ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการเตือนและติดตามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ขณะที่ อสม. ทำหน้าที่ให้ข้อมูลสุขภาพและกระตุ้นให้ผู้ป่วยจดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้การจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสะท้อนพฤติกรรมของตนเองและเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง โดยมีผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ดีทำหน้าที่เป็นต้นแบบ และผู้ป่วยที่ล้าใจมาแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต ซึ่งช่วยเสริมสร้างความตระหนักรู้และแรงจูงใจในการป้องกันโรคไตเรื้อรัง ผู้ดูแลและ อสม. มีบทบาทในการสนับสนุนการประเมินตนเองของผู้ป่วยผ่านการสะท้อนพฤติกรรมและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ขณะที่ผู้แทนสถานบริการสุขภาพเสนอแนวทางการประเมินตนเองผ่านแบบประเมินสุขภาพรายบุคคลและการติดตามผลอย่างเป็นระบบ ขณะการติดตามเยี่ยมบ้านจะสามารถช่วยเสริมแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “มีคนคอยถามไถ่และให้กำลังใจ ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว” ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทในการชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี อสม. ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านและรายงานผลต่อทีมสุขภาพ ขณะที่ผู้แทนสถานบริการสุขภาพเสนอให้มีระบบติดตามผลผ่านแอปพลิเคชันหรือสมุดบันทึกสุขภาพ เพื่อเสริมแรงจูงใจอย่างเป็นระบบ



ดังนั้นจึงชี้ให้เห็นว่า รูปแบบการจัดการตนเองที่พัฒนาขึ้นมีแนวโน้มส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2 สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบจากผู้ดูแลในครอบครัว อสม. และเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่

ระยะที่ 3 การประเมินผล

กลุ่มตัวอย่าง 64 คน จากทั้งหมด 72 คน มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด 8 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 32 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.4 มีอายุเฉลี่ย 57.2 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 87.5 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.5 รายได้เฉลี่ยประมาณ 0-5,000 บาท ร้อยละ 68.7 ทำอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.4 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 84.4 มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ 8.1 ปี มีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไต (GFR) 52.4 และมีผลน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) เฉลี่ย 7.4 ขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.9 มีอายุเฉลี่ย 59.2 ปี จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 84.3 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.0 รายได้เฉลี่ย 0-5,000 บาท ร้อยละ 68.7 ทำอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 28.1 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 78.1 มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วย 8.5 ปี มีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไต (GFR) 58.7 และมีผลน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) เฉลี่ย 7.1 เมื่อทดสอบค่าความแตกต่าง พบว่าอัตราการกรองไต (GFR) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$ ขณะที่ตัวแปรอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างเมื่อเริ่มต้นการศึกษา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=64)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)	p-value
เพศ			0.226 (a)
ชาย	5 (15.6)	9 (28.1)	
หญิง	27 (84.4)	23 (71.9)	
อายุ (ปี), $\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X}=57.2, S.D.= 3.7$	$\bar{X}=59.2, S.D.= 4.8$	0.604 (b)
การศึกษา (n,%)			0.137 (a)
ประถมศึกษา	28 (87.4)	27 (84.4)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (6.3)	1 (3.1)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0 (0.0)	3 (9.4)	
ปริญญาตรี	2 (6.3)	1 (3.1)	
สถานภาพ (n,%)			0.181 (a)
โสด	3 (9.4)	0 (0.0)	
สมรส	20 (62.5)	24 (75.0)	
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	9 (28.1)	8 (25.0)	



ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)	p-value
รายได้ต่อเดือน (n,%)			0.528 (a)
0-5000 บาท	22 (68.7)	22 (68.7)	
5001-10000 บาท	10 (31.3)	8 (25.0)	
10001-15000 บาท	0 (0.0)	2 (6.3)	
>20001 บาท ขึ้นไป	0 (0.0)	0 (0.0)	
อาชีพ (n,%)			0.760 (a)
รับจ้าง	11 (34.4)	9 (28.1)	
เกษตรกร	7 (21.9)	8 (25.0)	
ค้าขาย/ธุรกิจ	3 (9.4)	4 (12.5)	
งานบ้าน/ไม่ประกอบอาชีพ	5 (15.6)	4 (12.5)	
พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	0 (0.0)	2 (6.3)	
อื่น ๆ (ระบุ).....	6 (18.8)	5 (15.6)	
โรคประจำตัว (n,%)			0.689 (a)
ความดันโลหิตสูง	27 (84.4)	25 (78.1)	
ไขมันในเลือดสูง	2 (6.3)	4 (12.5)	
เบาหวาน	3 (9.4)	3 (9.4)	
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย $\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} = 8.1, S.D. = 4.7$	$\bar{X} = 8.5, S.D. = 6.1$	0.217 (a)
≤ 1 ปี (เศษมากกว่า 6 เดือน ให้ นับเป็น 1 ปี)	3 (9.4)	1 (3.1)	
> 1 ปี	29 (90.6)	31 (96.9)	
GFR $\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} = 52.5, S.D. = 11.9$	$\bar{X} = 54.74, S.D. = 8.6$	0.250 (b)
HbA _{1c} (mg%) $\bar{X} \pm S.D.$	$\bar{X} = 7.4, S.D. = 1.9$	$\bar{X} = 7.1, S.D. = 1.3$	0.097 (b)

*p-value < 0.05 by Chi-Square test (a) and t- test (b)

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (independent sample t-test) พบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในทุกด้านไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ด้วยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (n=64)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	$\bar{X} \pm S.D.$		t-test	
	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร	27.41 $\pm$ 3.706	28.59 $\pm$ 2.650	-1.474	0.146
ด้านการใช้ยา	5.13 $\pm$ 0.554	5.06 $\pm$ 0.948	0.322	0.749
ด้านการออกกำลังกาย	7.50 $\pm$ 2.272	7.16 $\pm$ 2.424	0.585	0.560

independent sample t-test: *p-value < 0.05

ภายหลังการได้รับโปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมกรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.047 ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านการใช้ยาและการออกกำลังกายไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ด้วยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (n=64)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	$\bar{X} \pm S.D.$		t-test	
	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)	t	p-value
ด้านการรับประทานอาหาร	26.0 $\pm$ 2.9	27.4 $\pm$ 2.4	-2.027	0.047*
ด้านการใช้ยา	4.9 $\pm$ 0.4	4.8 $\pm$ 0.6	0.687	0.495
ด้านการออกกำลังกาย	7.9 $\pm$ 1.7	8.0 $\pm$ 1.7	-0.286	0.776

independent sample t-test: *p-value < 0.05

การเปรียบเทียบค่าทางคลินิกก่อนการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าอัตราการกรองไต (GFR) และ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัตราการกรองไต (GFR) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ด้วยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (n=64)

ตัวแปร	$\bar{X} \pm S.D.$		t-test	
	กลุ่มทดลอง (n=32)	กลุ่มควบคุม (n=32)	t	p-value
อัตราการกรองไต (GFR)	52.50 $\pm$ 11.99	54.74 $\pm$ 8.60	-2.390	0.250
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง(HbA _{1c})	7.48 $\pm$ 1.92	7.12 $\pm$ 1.34	0.884	0.097

independent sample t-test: *p-value < 0.05



การเปรียบเทียบค่าทางคลินิกหลังการได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ค่าอัตราการกรองไต (GFR) ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.015$ อย่างไรก็ตามระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอัตราการกรองไต (GFR) และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA_{1c}) ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ด้วยการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม ($n=64$)

ตัวแปร	$\bar{x} \pm s.d.$		t-test	
	กลุ่มทดลอง ($n=32$)	กลุ่มควบคุม ($n=32$)	t	p-value
อัตราการกรองไต (GFR)	51.0 $\pm$ 11.1	57.0 $\pm$ 7.6	-2.491	0.015*
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง(HbA _{1c})	6.7 $\pm$ 1.2	6.7 $\pm$ 1.1	-0.070	0.944

independent sample t-test: * p -value < 0.05

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ตำบลสระขวัญ อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว พบว่า มีอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับสูง และมีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 2 ถึงร้อยละ 59.0 โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.1 สะท้อนถึงปัญหาด้านระบบสุขภาพในพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวัมย์ ปินะเก, อมฤต สุวัฒน์ศิลป์, วรณพร คงอุ่น และคณะ (2563) ที่ระบุว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการมีความดันโลหิตสูง มีการปรับลดยาเอง ขาดการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลที่บ้านและทีมผู้ให้บริการสหวิชาชีพ และไม่มีโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต ขณะเดียวกันจากผลการสนทนากลุ่ม พบว่า อุปสรรคสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การขาดแนวทางบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. และโรงพยาบาลในระดับปฐมภูมิ รวมถึงการขาดระบบติดตามผู้ป่วยเชิงรุก และนโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Wang et al (2018) และ Chan et al (2022) ที่ชี้ว่า การจัดการโรคเรื้อรังในประเทศกำลังพัฒนามักขาดการเชื่อมโยงระหว่างภาคส่วน และจำเป็นต้องใช้แนวทางแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-based CKD care) ร่วมกับระบบติดตามต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างยั่งยืนในระดับปฐมภูมิ จากข้อมูลเชิงสถานการณ์และผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยประยุกต์แนวความคิดการสนับสนุนการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1. การติดตามตนเอง (Self-monitoring) ผู้ป่วยได้รับการให้ความรู้ผ่านสื่อสร้างแรงจูงใจ การให้คำปรึกษา และการเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรม ลดความเสี่ยง และสร้างผลลัพธ์สุขภาพที่ดี 2. การประเมินตนเอง (Self-evaluation) ผู้ป่วยฝึกทักษะการจัดการตนเองผ่านกิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยน



ประสบการณ์กับผู้ป่วยต้นแบบ และการเรียนรู้จากผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการล้างไต เพื่อสร้างความเข้าใจถึงผลกระทบของการขาดการดูแลตนเอง 3. การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) มีการติดตามและให้กำลังใจผ่านการเยี่ยมทางโทรศัพท์ทุก 1-3 เดือน โดยเน้นการให้คำปรึกษา การกระตุ้นเตือน และการเสริมแรงเชิงบวก รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Gamboa Moreno et al (2019) และ Van Puffelen et al (2021) ซึ่งชี้ว่าการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและคลายความเครียด รวมถึงการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สามารถชะลอภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานและโรคไตเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการทดลองการโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งสะท้อนถึงกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการแทรกแซงอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในด้านโภชนาการที่มีผลต่อการชะลอการเสื่อมของไตการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ผ่านแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys (1991) ซึ่งเน้นการให้ความรู้ การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพและต้นแบบในชุมชน ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจภายในและความเข้าใจเชิงสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริโภค ยา และค่าทางคลินิก เช่น GFR ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม (2562) พบว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองผ่านโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร นอกจากนี้ยังสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า การให้ความรู้ด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องยังช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลกระทบของอาหารต่อระดับน้ำตาลในเลือดและการทำงานของไต สอดคล้องกับการศึกษาของ Gamboa Moreno et al (2019) ที่พบว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการสามารถควบคุมระดับน้ำตาลและชะลอภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการใช้ยาและการออกกำลังกายไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งอาจสะท้อนข้อจำกัดด้านเวลา ความสามารถทางร่างกาย หรือความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาและการออกกำลังกายที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Puffelen et al (2021) ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงของค่า GFR ต้องใช้เวลานานในการสังเกตผลลัพธ์จากการแทรกแซงด้านพฤติกรรม สำหรับค่า HbA_{1c} ที่ไม่แตกต่างระหว่างกลุ่ม อาจเป็นผลจากปัจจัยร่วมอื่นที่ควบคุมได้ยาก เช่น ความเครียด พฤติกรรมการนอน และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วินัส สารจรัส และแอนนา สุมะโน (2561) ที่พบว่าการสนับสนุนการจัดการตนเองสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจัดการตนเอง ค่าเฉลี่ยฮีโมโกลบินเอวันซี และค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไตที่สามารถควบคุมได้ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ มัณฑริกา พงษ์บุตดี และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ (2564) ที่พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้ผู้ป่วยจัดการตนเองดีขึ้น และสามารถทำให้ค่าการทำงานของไตผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยสรุป โปรแกรมการจัดการตนเองมีศักยภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมด้านบริโภคอาหารและชะลอการเสื่อมของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ยังมีข้อจำกัดในการ



เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางด้านและค่าทางคลินิก เช่น ค่า HbA_{1c} ที่ต้องอาศัยการติดตามระยะยาวและการสนับสนุนจากระบบสุขภาพที่บูรณาการมากขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการศึกษาชี้ว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง ช่วยปรับปรุงพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังไม่ส่งผลต่อการใช้ยา การออกกำลังกาย หรือค่าทางคลินิกอื่นๆ ยกเว้นค่า GFR ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น จึงควรขยายผลโปรแกรมจัดการอาหาร โดยเน้นการให้ความรู้และทักษะ พร้อมพัฒนาศือการเรียนรู้และอบรมบุคลากร ปรับปรุงโปรแกรมให้ครอบคลุม โดยเพิ่มกลยุทธ์ส่งเสริมการใช้ยา การออกกำลังกาย และขยายระยะเวลาโปรแกรม รวมถึงเพิ่มปัจจัยสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน และวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับ GFR เพื่อศึกษาปัจจัยที่ทำให้ GFR ลดลง และพัฒนาโปรแกรมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น และลดความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 3 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ครั้งต่อไป ได้แก่ 1) ระยะเวลาการติดตามผลค่อนข้างสั้นทำให้การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ค่า GFR และ HbA_{1c} อาจยังไม่เพียงพอในการสะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากโปรแกรมการจัดการตนเอง เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้เวลานานกว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนต่อระบบการทำงานของไตและระดับน้ำตาลในเลือด และ 2) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดจำกัดและจำกัดพื้นที่ศึกษา เนื่องจากข้อมูลในระยะที่ 1 และ 2 ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ซึ่งอาจมีความเฉพาะเจาะจงด้านบริบทชุมชน ระบบบริการ และวิถีชีวิต ทำให้ผลลัพธ์อาจไม่สามารถทั่วไป (generalize) ได้กับพื้นที่อื่นในประเทศได้ และ 3) การพัฒนาระบบติดตามต่อเนื่องในชุมชนเพื่อขยายผลในระบบบริการสุขภาพระดับตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคคลและภาคีเครือข่ายทุกท่านที่มีส่วนร่วมและให้การสนับสนุนในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) ผู้แทนสถานบริการสาธารณสุข 3) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4) ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข และ 5) กลุ่มเป้าหมาย ที่ได้สละเวลาและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างเต็มที่ ความร่วมมือของทุกท่านเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2566). การป้องกันโรคไตเรื้อรัง: รณรงควัฒนโลก 2566. สืบค้นจาก

<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=32575&deptcode=brc>

ขวัญ ปิยะเก, อมฤต สุวัฒนศิลป์, วรณพร คงอุ่น, นิธิยา นามวงศ์ และสุนันท์ทิพย์ เรียงริลา. (2563). การพัฒนา

โปรแกรมการสนับสนุนการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนล้างไต. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 17(3), 64–75.



- ฉวีวรรณ กลิ่นหอม, นิรุวรรณ เทิร์นโบล และสุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2563). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเข้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม โรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอพือไทร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 11(1), 31-41.
- ปรียากร วังศรี. (2559). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มัทธริกา แพงบุตติ และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์. (2564). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ตำบลหนองแดง อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 179-191.
- วินัส สารจรัส และแอนนา สุมะโน. (2561). ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(3), 13-26.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2565). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ศรีเมืองการพิมพ์.
- สุเทพ แก้วสีขาว. (2567). การพัฒนารูปแบบการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในตำบลบ้านเก็ก อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 8(16), 320-330.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2565). ผลการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ จังหวัดสระแก้ว ปี 2565.
- อังศวีร์ จันทะโคตร, อุไรวรรณ แสงส่อง, ดิษฐพล ใจซื่อ, ณัฐสุตา คติชอบ และสิริทรัพย์ สีหะวงษ์. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนชนบทอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 32(2), 118-131.
- อรุณ จิรวัดมกุล. (2558). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวิตสถิติและประชากรศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อ้อมฤทัย มั่นในบุญธรรม. (2562). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*, 1(2), 121-133.
- Chan, C. T., Collins, J., Duhamel, C., Francis, A., Goldstein, M., Hemmelgarn, B., et al. (2022). Community-based kidney care: Challenges and recommendations. *Kidney International Reports*, 7(3), 654-662. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.12.012>



- Gamboa Moreno, E., Mateo-Abad, M., Ochoa de Retana García, L., Vrotsou, K., Del Campo Pena, E., Sánchez Perez, Á., et al. (2019). Efficacy of a self-management education programme on patients with type 2 diabetes in primary care: A randomised controlled trial. *Primary Care Diabetes*, 13(2), 122–133. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2018.10.001>
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self management methods. In F. H. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (pp. 305–360). New York: Pergamon.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). Participatory action research: Communicative action and public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed.). SAGE Publications.
- Van Puffelen, A. L., Rijken, M., Heijmans, M. J. W. M., Nijpels, G., Schellevis, F. G., & Diacourse Study Group. (2019). Effectiveness of a self-management support program for type 2 diabetes patients in the first years of illness: Results from a randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 14(6), e0218242. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218242>
- Wang, V., Vilme, H., & Maciejewski, M. L.,. (2018). The economic burden of chronic kidney disease and end-stage renal disease. *Seminars in Nephrology*, 36, 319–330. <https://doi.org/10.1016/j.semnephrol.2016.05.008>
- World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases (NCDs)*. Retrieved January 9, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันการติดเกมในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

ณิกุล พินาชาญ¹, สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา^{1*}, ศิริภัทรา จุฑามณี¹ และชไมพร จันจ้อย¹

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

(วันที่รับบทความ: 29 กรกฎาคม 2568 ; วันที่แก้ไข: 4 พฤศจิกายน 2568 ; วันที่ตอบรับ: 5 พฤศจิกายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันการติดเกมในนักเรียนระดับประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี จำนวน 115 คน โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงมีนาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด ST-5 แบบทดสอบการติดเกม (GAST) และแบบวัดภูมิคุ้มกันการติดเกม ฉบับเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่เล่นเกมออนไลน์มาแล้ว 1-2 ปี เฉลี่ยสัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง ครั้งละ 4-5 ชั่วโมง ช่วงเวลาเล่นเกมมากที่สุดคือ 16.01-20.00 น. โดยเล่นที่บ้านหรือหอพักกับเพื่อน ใช้จ่ายต่อสัปดาห์ 51-100 บาท นิยมเล่นเกมแนวแอคชั่น ต่อสู้ ยิงปืน เช่น Special Force และ PUBG จุดประสงค์หลักคือเพื่อความสนุกสนานและคลายเครียด พบว่า 33.05% มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเกมในระดับสูง ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันการติดเกม ได้แก่ เพศ ซึ่งพบว่าเพศชายมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมคลั่งไคล้และเสี่ยงติดเกมมากกว่าเพศหญิง อายุ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 8-9 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด มีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมคลั่งไคล้เกมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ($r = .200, .237, p < .05$ ตามลำดับ) เกรดเฉลี่ย โดยนักเรียนที่มี GPA ระดับดี มักสามารถควบคุมพฤติกรรมการเล่นเกมได้ดีกว่ากลุ่มที่มี GPA ปานกลางถึงต่ำ ($r = .673, p < .001$) และระดับความเครียด โดยนักเรียนที่มีความเครียดสูงมักพึ่งพาเกมออนไลน์เพื่อระบายอารมณ์ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการติดเกมมากขึ้น ($r = -.778, p < .001$) ที่น่าสนใจคือ นักเรียนที่มีความเครียดสูงมีแนวโน้มที่จะมีการป้องกันตนเองจากการติดเกมต่ำ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปพัฒนาหลักสูตรการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันการติดเกม หรือโครงการลดความเครียดเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาในโรงเรียน

คำสำคัญ: ภูมิคุ้มกัน, การติดเกม, นักเรียนชั้นประถมศึกษา, ความเครียด

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** สมบัติ ประทักษ์กุลวงศา; sombut.p@siu.ac.th



Factors Associated with Game Addiction Protection Among Children in Primary School

Nitchakun Phichachan¹, Sombut Pratakkulvongsa^{1*}, Siripattra Juthamanee and Chamaipron Janjuy¹

¹Faculty of Nursing, Shinawatra University

(Received: 29 July 2025 ; Revised: 4 November 2025 ; Accepted: 5 November 2025)

Abstract

This descriptive research aimed to investigate factors associated with resilience to gaming addiction among primary school students. The sample was comprised of 115 students from grades 1–6 at a school in Lat Lum Kaeo District, Pathum Thani Province, who were selected through simple random sampling. Data were collected from January to March 2022. The research instruments included a general information questionnaire, the ST-5 Stress Assessment Scale, the Game Addiction Screening Test (GAST), and the Child Resilience to Gaming Addiction Scale. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients.

The results revealed that most students had been playing online games for 1–2 years, typically 4–6 times per week, with each session lasting 4–5 hours, primarily between 4:01 p.m. and 8:00 p.m. They mostly played at home or in dormitories with friends, spending 51–100 baht weekly. The most popular game genres were action, fighting, and shooting games, such as Special Forces and PUBG. The main purposes of playing were entertainment and stress relief. Approximately 33.05% of the students exhibited a high risk of gaming addiction. Factors significantly correlated with resilience to gaming addiction included gender, age, grade point average (GPA), and stress level. Male students tended to exhibit higher levels of gaming enthusiasm and addiction risk than females. Students aged 8–9 years, the largest subgroup, showed greater game preoccupation than the other age groups ($r = .200, .237, p < .05$, respectively). Students with higher GPAs demonstrated better self-control over gaming behaviors ($r = .673, p < .001$). Conversely, students with higher stress levels tended to rely more on online games for emotional release, resulting in lower resilience to gaming addiction ($r = -.778, p < .001$). Notably, those with high stress levels exhibited the lowest capacity for self-protection from gaming addiction. These findings can inform the development of educational programs designed to enhance resilience to gaming addiction and implement stress-reduction initiatives for primary school students.

Keywords: resilience to gaming addiction, game addiction, primary school students, stress

***Corresponding author:** Sombut Pratakkulvongsa; sombut.p@siu.ac.th



บทนำ

ในยุคปัจจุบัน เทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่เติบโตมากับอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ หนึ่งในกิจกรรมยอดนิยมที่เด็กนิยมใช้เวลาว่างคือการเล่นเกมออนไลน์ ซึ่งแม้จะมีข้อดีในด้านความบันเทิงและการพัฒนาทักษะบางด้าน แต่อย่างไรก็ตาม การเล่นเกมอย่างไม่มีขอบเขตอาจนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรม “ติดเกม” ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่อาจกระทบต่อสุขภาพจิต การเรียน และความสัมพันธ์ทางสังคมและครอบครัวของเด็กตามมา (Anderson et al., 2560)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้จัดให้ “Gaming Disorder” เป็นหนึ่งในความผิดปกติทางสุขภาพจิตใน International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) เมื่อปี ค.ศ. 2562 โดยให้คำนิยามว่าเป็นรูปแบบพฤติกรรมการเล่นเกมที่ไม่สามารถควบคุมได้ มีความสำคัญต่อชีวิตมากเกินไป จนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตด้านอื่น ๆ เช่น การเรียน การเข้าสังคม และการพักผ่อน (World Health Organization, 2562)

ข้อมูลจากงานวิจัยในประเทศไทยพบว่า เด็กที่มีพฤติกรรมติดเกมจำนวนมากมักมีผลการเรียนถดถอย มีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีในครอบครัว (อภิสิทธิ์ นาคอ่อน, 2563) นอกจากนี้ จากการสำรวจโดยกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม พบว่า เด็กไทยมีแนวโน้มใช้เวลาเล่นเกมเฉลี่ยมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน โดยเฉพาะในช่วงวันหยุด (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2565) รายงานวิจัยพบว่า เด็กที่อายุน้อยที่สุดที่มีการเล่นเกม คือ 5 ปี มากที่สุด คือ 17 ปี (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น, 2560) สำหรับกลุ่มเด็กระดับประถมศึกษา ซึ่งอยู่ในช่วงวัยแห่งการเรียนรู้ พฤติกรรมติดเกมถือเป็นประเด็นที่น่ากังวลและควรให้ความสำคัญในการจัดการปัญหานี้อย่างเหมาะสม เร่งด่วน เนื่องจากเด็กวัยนี้ยังขาดวุฒิภาวะในการควบคุมตนเอง การเล่นเกมมากเกินไปอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสมรรถนะการคิดวิเคราะห์ ความสามารถในการเข้าสังคม และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (Rosyati et al., 2020) สอดคล้องกับสุไรยา หนีเร่ และ สุวรรณีย์ หลั่งปุเต๊ะ (2566) พบว่า นักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีพฤติกรรมติดเกมมักมีสมาธิสั้น ไม่สนใจการเรียน มีพฤติกรรมก้าวร้าว และความสัมพันธ์ในครอบครัวทางด้านลบ

จากสถานการณ์ดังกล่าวและประกอบกับจากการที่ได้รณักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ฝึกปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาในเขตอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ได้พบว่า นักเรียนมีการใช้สมาร์ทโฟนและคอมพิวเตอร์เพิ่มขึ้น เพื่อสะดวกในการติดต่อสื่อสารและค้นคว้าหาความรู้ แต่ก็เป็นผลให้เด็กมีแนวโน้มในการเล่นเกมสูง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมติดเกมในนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีปัจจัยเสี่ยงใดบ้าง และควรมีแนวทางป้องกันหรือแนวทางการดูแลอย่างไรให้สอดคล้องกับบริบทของเด็กในวัยนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างมาตรการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมในกลุ่มเด็กวัยเรียน



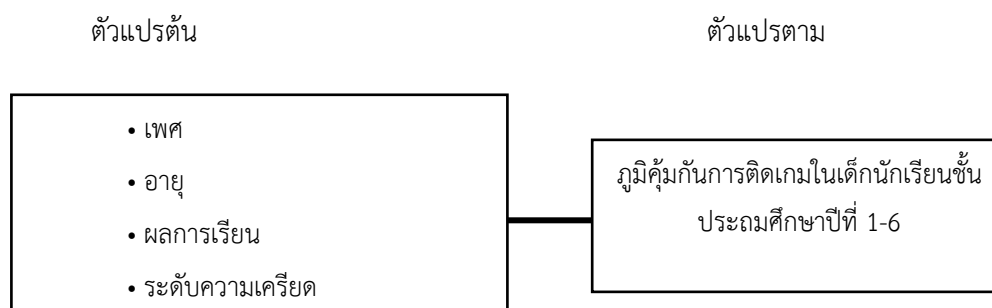
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภูมิคุ้มกันการติดเชื้อ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันการติดเชื้อของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

สมมติฐานของการวิจัย

เพศ อายุ ผลการเรียนรู้ และระดับความเครียด มีความสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันการติดเชื้อของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นรูปแบบวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันการติดเชื้อในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี

ประชากร คือ ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานีในปีการศึกษา 2565 จำนวนทั้งสิ้น 163 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานีในปีการศึกษา 2565 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan (1970) ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% จำนวน 115 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีจำแนกจำนวนประชากรนักเรียนตามระดับชั้นเรียน เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากสัดส่วนของนักเรียนในแต่ละระดับชั้นเรียน แล้วใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากรายชื่อนักเรียน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนตามสัดส่วนของประชากร โดยคำนวณตามสัดส่วน ดังนี้



ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ประถมศึกษาปีที่ 1	26	18
ประถมศึกษาปีที่ 2	25	18
ประถมศึกษาปีที่ 3	28	20
ประถมศึกษาปีที่ 4	30	21
ประถมศึกษาปีที่ 5	25	18
ประถมศึกษาปีที่ 6	29	20
รวม	163	115

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้

- 1) สามารถอ่านออกเขียนได้และเข้าใจแบบสอบถามด้วยตนเอง
- 2) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง และได้รับความยินยอมจากเด็กในการเข้าร่วมการวิจัย (Informed

Consent & Assent)

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้

- 1) เด็กที่มีประวัติการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชหรือพัฒนาการล่าช้าอย่างชัดเจน (เช่น ADHD, Autism Spectrum Disorder)
- 2) เด็กที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้ หรือมีปัญหาด้านการสื่อสารที่เป็นอุปสรรคในการเก็บข้อมูล
- 3) เด็กที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาหรือให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมเสพติดหรือพฤติกรรมการเล่นเกม
- 4) เด็กที่ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยมี 4 ประเภทดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ที่ทีมวิจัยพัฒนาโดยการทบทวนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมเสี่ยงและการติดเกม ประกอบด้วย ประวัติของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน เกรดเฉลี่ยสะสมในปัจจุบัน ระยะเวลาเล่นเกมออนไลน์ต่อสัปดาห์และต่อชั่วโมง ช่วงเวลาที่เล่นเกมออนไลน์มากที่สุด สถานที่ในการเล่นเกมนออนไลน์ เล่นเกมออนไลน์กับใคร ค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมนต่อสัปดาห์ ประเภทของเกมออนไลน์ที่ชอบเล่น และวัตถุประสงค์ในการเล่นเกมนออนไลน์ มีทั้งหมด 14 ข้อ



2. แบบประเมินความเครียด (ST-5) พัฒนาโดยอรรณพ ศิลปะกิจ (2551) เป็นแบบวัดความเครียด 5 ข้อเพื่อประเมินอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์แบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับคือแทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นครั้งคราว (1 คะแนน) บ่อย ๆ ครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คิดเป็นคะแนนรวมระหว่าง 0 – 15 คะแนน มีจุดตัดคะแนนที่ <4 เพื่อจำแนกภาวะเครียดเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มีมีความเครียด ≤ 4 คะแนน สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด 5 – 7 คะแนน และน่าจะป่วยด้วยความเครียด ≥ 8 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เป็น 0.81

3. แบบทดสอบการติดเกม (Game Addiction Screening Test) ฉบับเด็กและวัยรุ่น ซึ่งพัฒนา โดย รศ.นพ.ชาญวิทย์ พรนภดล (2557) ร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประเมินปัญหาการเล่นเกม 3 ด้าน ได้แก่ การหมกมุ่นกับ เกม (preoccupation with game) การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการเล่นเกม (loss of control) และการสูญเสียหน้าที่ความรับผิดชอบ (function impairment) จำนวน 16 ข้อ แบ่งการให้คะแนนเป็น 4 ระดับ 0-3 คะแนน การแปลผล ผู้ชาย คะแนนต่ำกว่า 24 ปกติ คะแนนระหว่าง 24-32 คลังไคล้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 33 น่าจะติดเกม ผู้หญิง คะแนนต่ำกว่า 16 ปกติ คะแนนระหว่าง 16-22 คลังไคล้ คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 23 น่าจะติดเกม มีค่า Cronbach's alpha กับ 0.92

4. แบบวัดภูมิคุ้มกันการติดเกม ฉบับเด็ก เป็นแบบทดสอบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ชาญวิทย์ พรนภดล (2560) สาขาวิชาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลและคณะ โดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) เพื่อใช้สำหรับค้นหาปัจจัยที่สามารถป้องกันเด็กและวัยรุ่นจากปัญหาติดเกมคอมพิวเตอร์หรือหมกมุ่นกับการเล่นเกมคอมพิวเตอร์มากเกินไปให้เกิดปัญหาต่างๆ มีทั้งหมด 30 ข้อ เป็นมาตรวัดการประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จาก 0-3 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การตัดค่าคะแนน 0-65 เป็นกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันการติดเกมสูง และคะแนน 65 ขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันการติดเกมต่ำ ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.78

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และ พยาบาลผู้ปฏิบัติการในชุมชน 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ .86 และผู้วิจัยนำแบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบทดสอบการติดเกม แบบวัดภูมิคุ้มกันการติดเกม ฉบับเด็ก ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน ที่โรงเรียนวัดบ่อเงิน นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81, 0.92 และ 0.78 ตามลำดับ



การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เก็บข้อมูลด้วยการให้ นักเรียน ตอบแบบวัดภูมิคุ้มกัน ติดเกมของ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนชั้นประถมศึกษาในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ดำเนินการสำรวจในระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม 2565 ตามรายละเอียดดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลให้กับทางโรงเรียนชั้นประถมศึกษาแห่งหนึ่งในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานีชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย
2. กำหนดวันเข้าเก็บข้อมูล
 - 2.1 ก่อนเก็บข้อมูลมีการขอความยินยอมจากผู้ปกครอง (Informed Consent) และความยินยอมจากเด็ก (Assent) ตามหลักจริยธรรมการวิจัย
 - 2.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์ก่อนทำแบบสอบถามเพื่อให้ผู้ทำแบบสอบถามเข้าใจ และสำหรับเด็กเล็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ ปีที่ 2 ที่ยังอ่านหนังสือไม่คล่อง ผู้วิจัยทำการชี้แจงด้วยวิธีการสื่อสารที่สามารถเข้าใจได้โดยง่ายสำหรับเด็กที่อ่านหนังสือได้ ทั้งนี้ในกรณีที่เด็กไม่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ผู้วิจัยอ่านให้ฟัง และจัดทำเอกสารชี้แจงสำหรับบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง อีกฉบับหนึ่ง
 - 2.3 ทำแบบสอบถาม โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง
 - 2.4 เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้อง
3. รวบรวมข้อมูล
4. วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของประชากรและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเกม ใช้สถิติเชิงพรรณนาแสดงในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ทดสอบสมมติฐานโดยหาความสัมพันธ์อายุ ผลการเรียนรู้ ระดับความเครียดกับภูมิคุ้มกันการติดเกม โดยใช้ Pearson Correlation และได้มีการทดสอบสมมติฐานเบื้องต้น เช่น การกระจายข้อมูล (normality), ความเป็นเชิงเส้น (linearity) ก่อนใช้ Pearson หากไม่เป็นไปตามสมมติฐานโดยใช้ Spearman rank correlation

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยชินวัตร เลขที่ IRB 21/23 ลงวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2564 การนำเสนอผลการวิจัยจะสรุปผลเป็นภาพรวมโดยไม่มีการอ้างชื่อผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับและเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย ทั้งนี้ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลหลังการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว 1 ปี



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้วิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันการติดเกม เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 โรงเรียนประถมศึกษาแห่งหนึ่งในอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างจากนักเรียนทั้งสิ้น 115 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 57.39 มีอายุ 8 – 9 ปี มากที่สุดร้อยละ 37.40 รองลงมาคืออายุ 10 – 11 ปี ร้อยละ 27.80 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 19.10 รองลงมาระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 18.30 เกรดเฉลี่ยสะสมในปัจจุบันส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 2.00 – 2.50 ร้อยละ 33.90 รองลงมาอยู่ระหว่าง 2.51 – 3.00 ร้อยละ 33.00 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน น้อยกว่า 50 ร้อยละ 76.50 ระยะเวลาเล่นเกมออนไลน์มากที่สุด 1 – 2 ปี ร้อยละ 47.80 รองลงมา 2 – 3 ปี ร้อยละ 28.70 ระยะเวลาในการเล่นเกมออนไลน์มากที่สุดเฉลี่ยสัปดาห์ละ 4 – 6 ครั้ง ร้อยละ 56.50 เล่นออนไลน์ 4 – 5 ชั่วโมงมากที่สุด ร้อยละ 47.00 รองลงมาเล่นเกมออนไลน์ 2 – 3 ชั่วโมง ร้อยละ 40.90 ช่วงเวลาที่เล่นเกมออนไลน์มากที่สุดเวลา 16.01 – 20.00 น. ร้อยละ 48.70 รองลงมาช่วงเวลา 20.01 – 24.00 น. ร้อยละ 29.60 สถานที่ในการเล่นเกมออนไลน์มากที่สุดคือที่บ้าน/หอพัก ร้อยละ 53.0 ส่วนใหญ่มักเล่นเกมออนไลน์กับเพื่อนร้อยละ 65.20 ค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมออนไลน์ต่อสัปดาห์ 51 – 100 บาท ร้อยละ 47.00 รองลงมา 101 – 200 บาท ร้อยละ 31.30 ประเภทเกมออนไลน์ที่ชอบเล่นมากที่สุดคือ เกมแอคชั่น/เกมต่อสู้/เกมยิงปืน เช่น เกม special force, เกม pub G ร้อยละ 56.5 และวัตถุประสงค์ในการเล่นเกมออนไลน์มากที่สุดคือ เพื่อความบันเทิงความสนุกสนานเพลิดเพลิน ผ่อนคลายความตึงเครียด ร้อยละ 35.70 รองลงมาเพื่อหาเงินจากการเล่นเกมส เช่น การขายไอเทม ขายของในเกม ร้อยละ 22.60

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการติดเกมของนักเรียน

การศึกษาพบว่านักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 นักเรียนชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการติดเกมอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 63.64 นักเรียนหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการติดเกมอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 71.43 โดยภาพรวมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการติดเกมอยู่ในระดับปกติร้อยละ 66.95 มีระดับพฤติกรรมการติดเกมระดับคลังโคล์และน่าจะติดเกมรวมเป็นร้อยละ 33.05 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 18.65 คะแนน จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน (SD.=6.57, median=18.65, min=7, max=36) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผลการคัดกรองการติดยาเสพติด GAST จำแนกตามค่าคะแนนการประเมินตนเองของนักเรียน

พฤติกรรมกาติดยาเสพติด	จำนวน (n = 115)	ร้อยละ
นักเรียนชาย	66	
ระดับปกติ (คะแนนต่ำกว่า 24)	42	63.64
ระดับคลั่งไคล้ (คะแนน 24-32)	16	24.24
ระดับน่าจะติดยาเสพติด (คะแนน ≥ 33)	8	12.12
นักเรียนหญิง	49	
ระดับปกติ (คะแนนต่ำกว่า 16)	35	71.43
ระดับคลั่งไคล้ (คะแนน 16-22)	12	24.49
ระดับน่าจะติดยาเสพติด (คะแนน ≥ 23)	2	4.08
ภาพรวม		
ระดับปกติ	77	66.95
ระดับคลั่งไคล้	28	24.35
ระดับน่าจะติดยาเสพติด	10	8.70

$\bar{x} = 18.65$, $SD. = 6.57$, $min = 7$, $max = 36$

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันการติดยาเสพติดของนักเรียนชั้นประถมศึกษา

การศึกษาพบว่าเพศ และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับระดับภูมิคุ้มกันการติดยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .200$, $.237$, $p < .05$ ตามลำดับ) ผลการเรียนรู้ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับระดับภูมิคุ้มกันการติดยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .673$, $p < .001$) และระดับความเครียดความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระดับภูมิคุ้มกันการติดยาเสพติดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.778$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันการติดยาเสพติดของนักเรียนชั้นประถมศึกษา (N=115)

ตัวแปร	$\bar{x}$ (SD)	ระดับ ความสัมพันธ์ (r)	P-value
เพศ	-	.200*	.032
อายุ	8.98 (1.81)	.237*	.011
ผลการเรียน	2.77 (0.52)	.673**	.000
ระดับความเครียด	5.11 (2.20)	-.778**	.000

* $p < 0.05$ ** $P < 0.001$



อภิปรายผล

การคลั่งไคล้เกม ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1-6 มีแนวโน้มเล่นเกมออนไลน์ในระดับสูง โดยร้อยละ 47.00 ใช้เวลาเฉลี่ย 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งมากกว่าที่เหมาะสมสำหรับวัยเรียนเมื่อเทียบกับกิจกรรมด้านการเรียน การพักผ่อน และการเข้าสังคม ปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทที่เด็กมีเวลาว่างมาก และผู้ปกครองส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน ยิ่งเอื้อให้เกิดการเข้าถึงเกมโดยขาดการควบคุม ข้อมูลนี้สอดคล้องกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2564) ที่รายงานว่าเด็กไทยเล่นเกมเฉลี่ย 5 ชั่วโมงต่อวัน และกรมสุขภาพจิต (2563) ที่ระบุว่าเด็กชายเล่นเกมเฉลี่ย 4 ชั่วโมง 39 นาทีต่อวัน ส่วนเด็กหญิงเฉลี่ย 2 ชั่วโมง 56 นาที ซึ่งอยู่ในระดับที่กระทบต่อพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญ ขณะเดียวกัน Alzahrani & Griffiths (2024) ชี้ว่า พฤติกรรมการคลั่งไคล้เกมมักเกิดจากการใช้เกมเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาด้านการเรียน หรือเพื่อชดเชยความรู้สึกสำเร็จที่ขาดหายไป โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ

เล่นเกมอยู่ที่บ้าน/หอพัก ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนประถมศึกษาร้อยละ 53.00 นิยมเล่นเกมที่บ้านหรือหอพัก ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนตัวที่ขาดการควบคุมจากผู้ใหญ่ ทำให้มีแนวโน้มเล่นเกมบ่อยและนานขึ้น แม้การเล่นเกมจะช่วยผ่อนคลาย แต่หากขาดการใช้สื่ออย่างมีวิจารณญาณ อาจนำไปสู่ภาวะเสพติดได้ กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ (2564) พบว่า เด็กส่วนใหญ่เล่นเกมที่บ้าน รองลงมาคือโรงเรียน บ้านเพื่อน และร้านเกม โดยใช้อุปกรณ์หลักคือโทรศัพท์มือถือ ขณะที่จักรา จันคล้าย และสมยศ อวเกียรติ (2566) ก็ยืนยันว่าบ้านและหอพักเป็นสถานที่เล่นเกมหลัก สอดคล้องกับ Hidayat et al. (2022) ที่อธิบายว่าวัยรุ่นนิยมเล่นเกมในพื้นที่ส่วนตัวเพราะเข้าถึงง่ายและไม่ถูกจำกัดเวลา แสดงให้เห็นว่าบ้านเป็นศูนย์กลางสำคัญของพฤติกรรมการเล่นเกมในชีวิตประจำวันของเด็ก

ประเภทของเกมออนไลน์ที่ชอบเล่น ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนประถมศึกษาร้อยละ 56.50 นิยมเล่นเกมแนวแอคชั่น ต่อสู้ หรือยิงปืน เช่น Special Force และ PUBG สะท้อนถึงความต้องการความตื่นเต้น การแข่งขัน และการยืนยันความสามารถของตนเองผ่านการเล่นเป็นทีมและการเลื่อนระดับ หากขาดการชี้แนะจากผู้ใหญ่ เกมประเภทนี้อาจนำไปสู่การเลียนแบบพฤติกรรมรุนแรง จึงควรควบคู่กับการพัฒนาทักษะคิดวิเคราะห์และการใช้สื่ออย่างมีวิจารณญาณของ นฤมล ปิ่นโต (2565) ยังพบว่า เด็กนิยมเกมแนววางแผนการรบและเอาตัวรอด เช่น ROV และ PUBG เพราะตอบสนองทั้งความสนุก การคลายเหงา และการเล่นกับเพื่อน ขณะที่ สวรรส ศรีสุตโต และวาริภัทร์ เสริมพงศ์เสถียร (2566) ชี้ว่า เกมแนว MMORPG ได้รับความนิยมสูง เนื่องจากเข้าถึงได้ง่ายผ่านอุปกรณ์หลากหลาย และสอดคล้องกับ Kim et al. (2022) ที่ระบุว่าเกมแนว RPG และ FPS ให้ประสบการณ์แบบเรียลไทม์และการมีส่วนร่วมทางสังคมสูง โดยรวมสะท้อนว่า เด็กประถมชื่นชอบเกมที่ท้าทายและกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนมากที่สุด

พฤติกรรมการติดเกม ผลการศึกษาพบว่า แม้นักเรียนประถมศึกษาส่วนใหญ่ (66.96%) เล่นเกมในระดับปกติ แต่ยังมีร้อยละ 33.05 ที่อยู่ในระดับคลั่งไคล้และเสี่ยงติดเกม ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการเสริมทักษะการควบคุมตนเองและการบริหารเวลา หากขาดการดูแล อาจนำไปสู่ภาวะติดเกมในอนาคต ผลนี้สอดคล้องกับ นิภาพร อภิสิทธิ์วาสนา และคณะ (2564) ที่พบว่านักเรียนยังขาดความรู้และความตระหนักต่อผลกระทบของการติดเกม ขณะที่ ยุภา หม่วยนอก และคณะ (2566) ชี้ว่า ผู้ที่ติดเกมมักเผชิญปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ความดันสูง



รวมถึงปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวระยะยาว สอดคล้องกับ André et al. (2022) ที่ระบุว่า การเล่นเกมอย่างหักโหมกระทบต่อชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเด็กผู้ชายมักมีปัญหาความสัมพันธ์ทางสังคม ส่วนเด็กผู้หญิงได้รับผลกระทบด้านอารมณ์มากกว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันการติดเกม เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

เพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับภูมิคุ้มกันการติดเกม ($r=.200$) โดยนักเรียนชายมีแนวโน้มคลั่งไคล้และเสี่ยงติดเกมมากกว่าเด็กหญิง เนื่องจากนิยมเกมแนวแอคชั่นและยิงปืน เช่น Special Force และ PUBG ที่เน้นความตื่นเต้นและการแข่งขันสูง ทำให้เกิดความพึงพอใจและโอกาสติดเกมมากกว่า ขณะที่เด็กหญิงมักสนใจเกมแนวสร้างสรรค์หรือตกแต่งที่ไม่เน้นความรุนแรง จึงมีแนวโน้มติดเกมน้อยกว่า ผลนี้สอดคล้องกับ กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ (2564) ที่ชี้ว่า เด็กชายอยู่ในกลุ่มคลั่งไคล้และติดเกมมากกว่าเด็กหญิง ส่วนกลุ่มเพศทางเลือกมีแนวโน้มใกล้เคียงเด็กหญิง ขณะเดียวกัน ยุภา หม้วยนอก และคณะ (2566) ก็พบว่า เด็กชายมีแนวโน้มคลั่งไคล้เกมสูงกว่าเด็กหญิงที่เล่นในระดับปกติเป็นส่วนใหญ่ และสอดคล้องกับ Aziz et al. (2021) ที่ระบุว่า วัยรุ่นชายเล่นเกมนานกว่าและมีอัตราติดเกมสูงกว่า เพราะชื่นชอบเกมแนวแข่งขันหรือผู้เล่นหลายคน (MMOGs) ที่ตอบสนองความท้าทายและความสำเร็จ

อายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุของนักเรียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับภูมิคุ้มกันการติดเกม ($r=.237$) โดยกลุ่มอายุ 8–9 ปี มีแนวโน้มคลั่งไคล้เกมมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ขณะที่กลุ่มอายุ 12–13 ปี มีพฤติกรรมติดเกมต่ำกว่า สะท้อนว่าการเติบโตและวุฒิภาวะช่วยให้เด็กโตกว่าสามารถควบคุมเวลาและการเล่นได้ดีขึ้น ส่วนเด็กเล็กยังเปราะบางต่อสิ่งเร้าที่ดึงดูด เช่น เกมที่มีสีสันและการแข่งขันสูง ผลนี้สอดคล้องกับทฤษฎีของ Erikson และ Piaget ที่อธิบายว่า เด็กวัยประถมต้นยังอยู่ในช่วงฝึกควบคุมพฤติกรรม และมักแสวงหาความพึงพอใจจากสิ่งที่ตอบสนองรวดเร็ว งานวิจัยของ นิภาพร อภิสทิวาสนา และคณะ (2564) ชี้ว่า เด็กเริ่มเล่นเกมตั้งแต่อายุน้อยเพราะผู้ปกครองให้ใช้โทรศัพท์และปล่อยให้เล่นหลังเลิกเรียนหรือวันหยุด ขณะที่ กมลจิตร ช่างเงิน และคณะ (2565) ระบุว่า เด็กอายุน้อยที่ขาดการดูแลมีโอกาสติดเกมสูงจากการเข้าถึงสื่อโดยไม่ได้รับการควบคุม นอกจากนี้ Güllü et al. (2023) พบว่า แม้อายุที่มากขึ้นจะสัมพันธ์กับการเสพติดเกมดิจิทัล แต่กลุ่มวัยรุ่นตอนปลาย (15–19 ปี) มีปัญหาการใช้อินเทอร์เน็ตสูงกว่ากลุ่มวัยเด็กตอนต้น (10–14 ปี)

ผลการเรียน ผลการศึกษาพบว่า ผลการเรียนมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับภูมิคุ้มกันการติดเกม ($r=.673$) โดยนักเรียนที่มี GPA ดี มักควบคุมพฤติกรรมการเล่นเกมได้ดีกว่า เพราะมีวินัยในตนเอง บริหารเวลาเป็น และมีแรงจูงใจทางการเรียน ขณะที่นักเรียนผลการเรียนปานกลางถึงต่ำมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการติดเกมมากกว่า ผลนี้สอดคล้องกับ กุลนรี หาญพัฒนชัยกุล และคณะ (2564) ที่พบว่า นักเรียนที่มี GPA ตั้งแต่ 3.00 ขึ้นไปส่วนใหญ่ไม่ติดเกม ส่วนกลุ่มที่ติดเกมมักมีผลการเรียนต่ำลงตามลำดับ เช่นเดียวกับ ชยพล ยะวร และพิมพ์ชนก โสภา (2566) ที่ระบุว่า นักเรียนที่ติดเกมขาดสมาธิ ใช้เวลาอ่านหนังสือน้อย และผลการเรียนลดลง นอกจากนี้ Alzahrani & Griffiths (2024) ยังชี้ว่า ผลการเรียนที่ตกต่ำอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเล่นเกมอย่างมีปัญหามากกว่าจะเป็นผลที่เกิดจากการเล่นเกมเพียงอย่างเดียว



ระดับความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบสูงกับภูมิคุ้มกันการติดเกม ($r=-.778$) โดยนักเรียนที่มีความเครียดสูงมักหันไปพึ่งเกมออนไลน์เพื่อระบายอารมณ์ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเกมมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่ขาดทักษะการจัดการอารมณ์หรือไม่มีแหล่งสนับสนุนทางจิตใจ จุดประสงค์หลักของการเล่นเกมที่พบมากที่สุดคือเพื่อความบันเทิงและการผ่อนคลายความตึงเครียด (ร้อยละ 35.70) ผลนี้สอดคล้องกับ นิภาพร อภิสิทธิ์ธิวาสนา และคณะ (2564) ที่ชี้ว่า แม้เด็กบางคนมีภูมิคุ้มกันสูง แต่ก็ยังต้องได้รับการส่งเสริมผ่านกิจกรรมที่สร้างความภาคภูมิใจและการยอมรับทางสังคม ขณะที่ กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร และคณะ (2564) พบว่า นักเรียนที่ติดเกมมักประสบปัญหาการเรียน เช่น ขาดสมาธิและจัดการเวลาไม่ได้ ซึ่งเชื่อมโยงกับความเครียดและการควบคุมอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ Han et al. (2022) ยังระบุว่า ในช่วงโควิด-19 ผู้ที่มีความเครียดสูงใช้การเล่นเกมเพื่อลดความรู้สึกด้านลบ แม้ช่วยได้ชั่วคราว แต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเกมในระยะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับการติดเกมในเด็กระดับชั้นประถมศึกษาเพื่อนำไปขยายผล เช่น ด้านมาตรการการป้องกัน (Prevention) สำหรับเด็กที่ยังไม่ติดเกม และด้านมาตรการเชิงแก้ไข โดยการออกแบบโปรแกรม (Intervention) เพื่ออบรมเด็กที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือติดเกมแล้ว ผู้ปกครอง ครู เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาในเด็กที่มีปัญหาติดเกมแล้วหรือในกลุ่มที่คลั่งไคล้เกมให้มีแนวโน้มนการเล่นเกมที่ลดลง อีกทั้งผู้บริหารสามารถนำไปสร้างมาตรการการเฝ้าระวังการติดเกมในนักเรียน รวมถึงกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเกมได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (quasi-experimental study) เพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันปัญหาการติดเกม เพื่อช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหา ให้กับเด็กนักเรียนกลุ่มที่ประเมินตนเองว่าคลั่งไคล้ติดเกมแล้วต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กมลจิตร ช่างเงิน, พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์ และครรชิต แสนอุบล. (2565). การให้คำปรึกษากลุ่มแบบบูรณาการเพื่อลด

พฤติกรรมติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. *วารสารวิจัยธรรมศึกษา*, 5(2), 140-152.

กรมสุขภาพจิต. (2563). *ภาวะการเล่น (ติด) เกมออนไลน์ของเด็กไทย*. สืบค้นจาก

<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30541>

กุลนรี หาญพัฒนชัยกูร, เอมอร บุตรอุดม, ทิพย์รัตน์ อุดมืองเพีย, สุกัญญา รักศรี, ภาสินี ไทอินทร์ และทรงสุตา

หมื่นไธสง. (2564). พฤติกรรมและผลกระทบจากการติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนในเขตเทศบาล

นครขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 561-563.



- จักรา จันคล้าย และสมยศ อวเกียรติ. (2566). ผลกระทบจากพฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 9(3), 51-53.
- ชยพล ยะวร, พิมพ์ชนก โสภา, และสุจิตรา ยะวร. (2566). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กติดสมาร์ทโฟน ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(3), 437-438.
- ชาวิวิทย์ พรนภดล, บัณฑิต ศรีไพศาล, กุสุมาวดี คำเกลี้ยง และเสาวนีย์ พัฒนอมร. (2557). การพัฒนาแบบทดสอบการติดเกม [The development of game addiction screening test (GAST)]. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 59(1), 3-14.
- ชาวิวิทย์ พรนภดล, ศิริสุตา ลดาวัลย์ ณ อยุธยา, ชดาพิมพ์ เผ่าสวัสดิ์ และดวงพร สุรพงษ์พิพัฒน์. (2560). การพัฒนาแบบวัดภูมิคุ้มกันการติดเกม Development of Game Addiction Protection Scale (GAME-P). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(1), 3-16.
- นฤมล ปิ่นโต. (2565). พฤติกรรมการเล่นเกมออนไลน์ของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. *วารสารศาสตร์*, มกราคม-เมษายน, 157-163.
- นิภาพร อภิสิทธิ์वासนา, เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล และมนิรัตน์ เทียมหมอก. (2564). สถานการณ์การติดเกม และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเกมในเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา: เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครปฐม เขต 2. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(3), 254-256.
- ยุภา หม่วยนอก, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2566). ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการติดเกมออนไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 31(2), 17-33.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น.
- สวรศ ศรีสุตโต และวาริภัทร์ เสริมพงศ์เสถียร. (2566). การศึกษาการรับรู้คุณค่าที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกผู้ให้บริการเกมออนไลน์ซ้ำ: กรณีศึกษาบริษัท XYZ จำกัด. *วารสารวิทยาการจัดการวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์*, 5(2), 88-90.
- สุไรยา หนิเร และสุวรรณี หลังปุเต๊ะ. (2566). ความทุกข์ของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมและผลกระทบของการติดเกมออนไลน์ของเด็กในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารนิสิตวัง*, 25(1), 25-33.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *ผลวิจัยชี้ เด็ก-เยาวชน ติดเกม เฉลี่ย 5 ชั่วโมง/วัน ค่าใช้จ่าย 5,000 บาท/เดือน*. สืบค้นจาก <https://old.nationalhealth.or.th/th/node/3006>
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2565). *รายงานพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย ปี 2565*. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- อภิสิทธิ์ นาคอ่อน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเกมของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4-6. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 46(2), 111-141.



- อรรพรรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีรัชัญญา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 16(3), 177-185.
- Alzahrani, A. K. D., & Griffiths, M. D. (2024). Problematic gaming and students' academic performance: A systematic review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-34.
- Anderson, E. L., Steen, E., & Stavropoulos, V. (2017). Internet use and problematic Internet use: A systematic review of longitudinal research trends in adolescence and emergent adulthood. *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(4), 430-454.
- André, F., Munck, I., Håkansson, A., & Claesdotter-Knutsson, E. (2022). Game addiction scale for adolescents—Psychometric analyses of gaming behavior, gender differences and Adhd. *Frontiers in psychiatry*, 13, 791254.
- Aziz, N., Nordin, M. J., Abdulkadir, S. J., & Salih, M. M. M. (2021). Digital addiction: Systematic review of computer game addiction impact on adolescent physical health. *Electronics*, 10(9), 996.
- Gülü, M., Yagin, F. H., Gocer, I., Yapici, H., Ayyildiz, E., Clemente, F. M., Ardigò, L. P., Zadeh, A. K., Prieto-González, P., & Nobari, H. (2023). Exploring obesity, physical activity, and digital game addiction levels among adolescents: A study on machine learning-based prediction of digital game addiction. *Frontiers in Psychology*, 14, 1097145.
- Han, T., Cho, H., Sung, D., & Park, M.-H. (2022). A systematic review of the impact of COVID-19 on the game addiction of children and adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 976601.
- Hidayat, Z., Permatasari, C. B., & La Mani. (2022). Cyber violence and bullying in online game addiction: A phenomenological study. *Journal of Theoretical and Applied Information Technology*, 100(5), 1428-1433.
- Kim, D., Nam, J. K., & Keum, C. (2022). Adolescent Internet gaming addiction and personality characteristics by game genre. *PLOS ONE*, 17(2), e0263645.
- Krejcie, R. & Morgan, D. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Rosyati, T., Purwanto, M. R., Gumelar, G., Yulianti, R. T., & Mukharrom, T. (2020). Effects of games and how parents overcome addiction to children. *Journal of Critical Reviews*, 7(1), 65-67.
- World Health Organization. (2019). *Gaming disorder*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder>



การถอดบทเรียนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก

พิจารณ์ สารเสวก¹, และยุทธนา แยกคาย^{2*}

¹โรงพยาบาลวังเจ้า จังหวัดตาก

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 1 สิงหาคม 2568; วันที่แก้ไข: 12 ธันวาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 18 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และผู้ป่วยสุขภาพจิต จังหวัดตาก จำนวน 36 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 9 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัย ผู้ช่วยนักวิจัย เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูปรูปหรือสมาร์ทโฟน และสมุดจดบันทึก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ 8 ฝ่าย กลยุทธ์แต่ละสัมผัส แนวทาง 6 ขั้นตอน ระบบการดูแลตามศักยภาพของหน่วยบริการหรือความรุนแรงของผู้ป่วย โครงสร้างและศักยภาพของหน่วยบริการ โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วม การสื่อสาร และเป้าหมายที่ชัดเจนของทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนทางด้านนโยบายหรืองบประมาณ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ การประสานงานและทรัพยากร บุคลากรและทักษะเฉพาะทาง ความปลอดภัยและการส่งต่อผู้ป่วย การตีตราและการยอมรับจากสังคม ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การถอดบทเรียน, การบำบัดรักษาแบบบูรณาการ, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ติดยาเสพติด

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ยุทธนา แยกคาย; yutthanaya@scphpl.ac.th



Lessons Learned from the Integrated Treatment and Rehabilitation of Substance Users in Tak Province

Pijarn Sarnsaweg¹ and Yutthana Yeabkai^{2*}

¹Wangchao Hospital, Tak Province

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

(Received: 1 August 2025; Revised: 12 December 2025; Accepted: 18 December 2025)

Abstract

This qualitative research used a phenomenological approach aimed to extract the lessons learned from the integrated treatment and rehabilitation of substance users in Tak Province. The informants consisted of 3 representatives from network partners involved in treatment and rehabilitation services for individuals with substance use disorders and mental health care. They were divided into four homogeneous groups of nine participants each, selected through purposive sampling. Data was collected through focus group discussions using a semi-structured discussion guide with support from researchers and research assistants. Research instruments included audio recorders, smartphones or cameras, and field notebooks. Data collection was conducted from 1 December 2023 to 31 July 2025. The data were analyzed using content analysis and the trustworthiness of the findings was ensured through investigator triangulation.

The findings revealed that the integrated model was comprised of five key components: the Eight Allies Multisectoral Team Approach, a proactive engagement strategy, six clear guidelines, a tiered care system based on the capacity of service units and patient severity, and the organizational structure, or service readiness. The key success factors included collaboration or participation; clear communication, and shared goals within the interdisciplinary team; policy or budgetary support; and the empowerment of patients and families. Identified challenges and barriers included coordination and resource limitations, shortages of specialized personnel, issues related to patient safety and referrals, persistent social stigma, and lack of acceptance. These findings can serve as a practical guideline for implementing integrated treatment and rehabilitation for substance users in other areas in the future.

Keywords: lessons learned, integrated addiction treatment, rehabilitation, substance users

***Corresponding author:** Yutthana Yeabkai; yutthanaya@scphpl.ac.th



บทนำ

ปัญหาสารเสพติดยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญระดับโลกและในประเทศไทยส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ติดสารเสพติด ครอบครัว ชุมชน และความมั่นคงของประเทศ โดยประชากรมากกว่า 284 ล้านคนทั่วโลก ในช่วงอายุ 15-64 ปีกำลังเผชิญกับปัญหาการติดยาเสพติดซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26.0 ในทศวรรษที่ผ่านมา และเมทแอมเฟตามีนเป็นสารที่แพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ในบริบทของประเทศไทย ยาบ้า ยังคงเป็นสารเสพติดที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.2 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในปี 2565 และเป็นสาเหตุหลักของภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566) ในขณะเดียวกัน จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 26,308 คนในปี 2558 พุ่งสูงขึ้นเป็น 434,826 คนในปี 2563 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด นอกจากนี้ ประเทศไทยยังติดอันดับที่ 6 ของโลก ในด้านอัตราผู้ต้องขังล้นเรือนจำ โดยร้อยละ 81.5 ของนักโทษทั้งหมดในปี 2564 เป็นคดีที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าแนวทางที่เน้นการปราบปรามและลงโทษแต่เพียงอย่างเดียวในอดีตไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน และนำไปสู่ภาระอันหนักอึ้งต่อระบบยุติธรรมและสังคมโดยรวม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563; กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

รัฐบาลไทยจึงได้ปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ภายใต้ประมวลกฎหมายยาเสพติด โดยมีเจตนารมณ์ป้องกันการแพร่กระจายยาเสพติดและการใช้ยาเสพติดในทางที่ไม่ถูกต้องอันจะนำไปสู่การเสพติดยาเสพติด ซึ่งเป็นการบั่นทอนสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพร่กระจายของสารเสพติดเข้าสู่กลุ่มเยาวชนซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้ ได้กำหนดให้มีระบบคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีความหลากหลายจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณา กำหนดนโยบายในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ปราบปราม และควบคุมยาเสพติด ตลอดจนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพทางสังคมแก่ผู้ติดยาเสพติดให้เป็นไปด้วยความรอบคอบและมีประสิทธิภาพ (พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด, 2564) เพื่อลดความรุนแรงของปัญหายาเสพติดให้เห็นผลเป็นรูปธรรมและได้กำหนดแนวคิดเปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วย (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566) ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงนโยบายในครั้งนี้มุ่งเน้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นหลัก ลดการใช้โทษทางอาญา และส่งเสริมให้ผู้เสพสารเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดโดยไม่ถูกดำเนินคดีอาญาเพื่อให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) สะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตที่มาตรการเชิงลงโทษไม่สามารถลดปริมาณสารเสพติดหรือแก้ไขปัญหาผู้ต้องขังล้นคุกได้ และเป็นการตอบสนองต่อแนวทางสากลที่เน้นการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) และกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) จึงให้ความสำคัญกับแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based treatment and care: CBTx) ที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ใช้สารเสพติดแบบใกล้บ้านหรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่องครอบคลุมตั้งแต่การค้นหา



คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566; ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2561) การบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมถือเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างยิ่งในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจที่ว่า การติดยาเสพติดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ซับซ้อนซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยหน่วยงานหรือวิธีการใดเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนและหลายมิติเพื่อบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

พื้นที่ชนบทและจังหวัดชายแดนเป็นพื้นที่เปราะบางที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การค้นหา คัดกรอง การบำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติดไปจนถึงการติดตามและดูแลหลังการบำบัดมากกว่าพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะจังหวัดตากเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีภูมิประเทศส่วนใหญ่เป็นภูเขาสูง ห่างไกลศูนย์กลางการบริหารราชการของรัฐ การคมนาคมที่ยากลำบาก และมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน รวมทั้งยังเป็นพื้นที่ยุทธศาสตร์ที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน เอื้อต่อการลักลอบนำเข้ายาเสพติดและการเคลื่อนย้ายของเครือข่ายยาเสพติดข้ามชาตินำไปสู่การแพร่ระบาดของสารเสพติดอย่างกว้างขวางในพื้นที่ส่งผลต่อการเข้าถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นไปอย่างจำกัด ตลอดจนกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพบุคคล และแรงงานนอกระบบ (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดตาก, 2567) ซึ่งเห็นได้จากรายงานของศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดตาก พบว่า ในปี 2564-2566 ผู้ป่วยที่เข้ารับบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยสารเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุมากกว่า 39 ปีขึ้นไป ประกอบอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม และว่างงาน ส่วนประเภทสารเสพติดที่พบการใช้ เช่น ยาบ้า ผิ่น กัญชา และอื่น ๆ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดประเภทเมทแอมเฟตามีน หรือยาบ้า สุรา และกัญชา ตามลำดับ เมื่อจำแนกพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงพบมีพฤติกรรมในลักษณะมีอาชญากรรมหลังคิดทำร้ายตนเองหรือมุ่งทำร้ายบุคคลอื่นแบบเฉพาะเจาะจง พฤติกรรมทำร้ายต่อบุคคลอื่นหรือก่อความรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญกับชุมชน พฤติกรรมทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต และพฤติกรรมก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้แก่ ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน หรือวางเพลิง เป็นต้น ซึ่งมักประสบปัญหาคุณภาพการให้บริการสุขภาพและขาดความต่อเนื่อง (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดตาก, 2567)

จังหวัดตาก โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก พ.ศ. 2566 ได้ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเสพติดด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีอาการทางจิตที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดตามแนวทางการขับเคลื่อนการลดความรุนแรงของผู้ป่วยยาเสพติดแบบบูรณาการโดยกลไกการมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ด้วยกลยุทธ์แต่ละสัมผัสของทีม 8 กล่อ (ทีมสหวิชาชีพ 8 ฝ่าย) ด้วยความต่อเนื่อง เข้มแข็ง และยั่งยืน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566) นับว่าเป็นหนึ่งในพื้นที่ต้นแบบที่มีการดำเนินการที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีตัวอย่างหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด



ที่มีอาการจิตเวชรุนแรง ได้รับรางวัลชนะเลิศ อันดับที่ 2 ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 24 ประจำปี 2568 เมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2568 ณ ไคคอนสยาม กรุงเทพมหานคร ดังนั้น จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงถอดบทเรียนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก เพื่อเรียนรู้ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา วิเคราะห์กระบวนการทำงาน ความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรค ตลอดจนสังเคราะห์กลไกและแนวทางการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และข้อค้นพบเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาองค์ความรู้ ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ และยกระดับแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่เหมาะสม กับบริบทพื้นที่ รวมถึงเสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่องในระยะยาวอันจะนำไปสู่การต่อยอดเป็นต้นแบบเชิงนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด สำหรับพื้นที่อื่นๆ ที่ประสบปัญหาในลักษณะเดียวกันได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก
3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Qualitative research using a phenomenological approach) ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2566 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568

ประชากร คือ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และผู้ป่วยสุขภาพจิต จังหวัดตาก จำนวน 36 คน

เกณฑ์การคัดเลือก คือ ผู้ให้ข้อมูลมีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และผู้ป่วยสุขภาพจิตมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ให้ข้อมูลมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง กระทั่งหนัก และไม่สามารถให้ข้อมูลได้ รวมถึงปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และผู้ป่วยสุขภาพจิต จังหวัดตาก ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักตามวิธีของ Miles & Huberman (1994) โดยการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเอกพันธ์ (Homogeneous sampling) คือ ผู้ที่มีภูมิหลังหรือประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มย่อยที่มีลักษณะเฉพาะในเชิงลึก ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 9 คน ได้แก่



1. กลุ่มที่เจ้าหน้าที่ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดตาก ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดตาก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำท้องที่หรือผู้นำท้องถิ่น
2. กลุ่มที่เจ้าหน้าที่ตำรวจที่รับผิดชอบงานด้านชุมชนบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติด และเจ้าหน้าที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดมณฑลทหารบกที่ 310 ค่ายวชิรปราการ
3. กลุ่มเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่รับผิดชอบงานป้องกันบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉิน
4. กลุ่มเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่รับผิดชอบงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอ ปลัดอำเภอที่รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบงานป้องกันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือการวิจัย

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guidelines) จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด เริ่มคำถามแรกเป็นการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก ในฐานะคนนอก จากนั้นเป็นคำถามที่ดึงกลุ่มให้เข้าใจตัวผู้ร่วมสนทนาซึ่งแนวทางดังกล่าวไม่ใช่เป็นตัวกำหนดการสนทนาว่าต้องมีประเด็นเท่าที่กำหนดเท่านั้น ในขณะดำเนินการอาจมีประเด็นใหม่ ๆ ที่ผุดขึ้นในวงสนทนา จากการจับประเด็นของผู้วิจัยจะปรับแนวทางการสนทนาไปเรื่อย ๆ ตลอดการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่แน่นและลุ่มลึกขึ้นเรื่อย ๆ

2. ผู้วิจัย (Researcher) ผู้ร่วมวิจัย (Co-researcher) และผู้ช่วยนักวิจัย (Research assistant) เป็นเครื่องมือในการศึกษาต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ติดยาเสพติด/ยาเสพติด การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพที่จะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

3. เครื่องบันทึกเสียง (Audio recorder) กล้องถ่ายรูป (Camera) หรือสมาร์ทโฟน (Smartphone) ปากกา (Pen) หรือดินสอ (Pencil) และสมุดจดบันทึก (Field note)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ภายหลังการสร้างแนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแนวทางการสนทนากลุ่มที่พัฒนาขึ้นส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด/ยาเสพติด จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และผู้ป่วยสุขภาพจิต จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 คน จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบแนวทางการสนทนากลุ่มโดยการทดลองสนทนากลุ่มกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และผู้ป่วยสุขภาพจิต จำนวน 6 คน โดย



พิจารณาปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความเป็นไปได้ในการได้ข้อมูล ความเข้าใจในเนื้อหา ระดับความยาก-ง่าย ความกำกวมของคำถามหรือประเด็นสนทนา และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ หลังจากการทดลองสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขแนวทางการสนทนากลุ่มให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้งานจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มควบคู่กับการสังเกต โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา ขณะที่ผู้ช่วยนักวิจัยทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม เมื่อเริ่มการสนทนา ผู้วิจัยจุดประเด็นตามแนวทางการสนทนากลุ่ม และจับประเด็นสำคัญที่ปรากฏขึ้น พร้อมทั้งประยุกต์ใช้เทคนิคการทำความเข้าใจความคิดเพื่อสกัดประเด็นหลัก แยกประเด็นย่อย และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการใช้เทคนิคคำสำคัญในการสกัดใจความสำคัญ จัดกลุ่มคำที่มีความหมายใกล้เคียง และสร้างหมวดหมู่เชิงเนื้อหาเพื่อให้การวิเคราะห์มีความกระชับและชัดเจน ในระหว่างการสนทนา ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยได้จดบันทึกเนื้อหาและประเด็นสำคัญลงในสมุดบันทึก ทั้งนี้ การสนทนากลุ่มในครั้งนี้ใช้เวลาต่อกลุ่ม ประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยถอดบทเรียนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก โดยใช้การวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) และการวิเคราะห์หลังปฏิบัติ (After action review: AAR) ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งมีการวางระบบข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ เริ่มจากการจัดประเภทคำและข้อความที่จะวิเคราะห์ การจัดจำแนกประเภทย่อยของคำและข้อความให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงการจัดจำแนกประเภทย่อยของแนวคิด การกำหนดหน่วยการแ่งนับ (Unit of analysis) และการกำหนดวิธีการแ่งนับ (Coding scheme) ทั้งนี้ ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เพื่อตรวจสอบว่าผู้วิจัยแต่ละคนได้ข้อมูลแตกต่างกันหรือไม่และวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้

จริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ได้พิจารณาและรับรองโครงการวิจัย เรื่อง การถอดบทเรียนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก เอกสารรับรองเลขที่ TAKREC No. 070/2566 วิธีทบทวนแบบเร่งรัด (Expedited review) วันที่รับรอง 28 ธันวาคม 2566 และวันหมดอายุ 1 ธันวาคม 2567



ผลการวิจัย

รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก

รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก ประกอบด้วยสาระสำคัญ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทีม 8 เกลอ 2) กลยุทธ์แต่ละสัมผัส 3) แนวทาง 6 ขั้นตอน 4) ระบบการดูแลตามศักยภาพของหน่วยบริการหรือความรุนแรงของผู้ป่วย และ 5) โครงสร้างและศักยภาพของหน่วยบริการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ทีม 8 เกลอ ประกอบด้วยปลัดอำเภอเป็นผู้ประสานงาน ดำรงเป็นมือปราบ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเป็นผู้ให้การรักษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยสนับสนุน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ช่วยผู้รักษา ผู้นำหมู่บ้านหรือผู้นำชุมชนเป็นผู้ควบคุม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยฟื้นฟู และสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ใกล้ชิด ซึ่งเป็นการรวมตัวของบุคลากรจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นโครงสร้างที่การกระจายอำนาจและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในท้องถิ่นและทุนทางสังคม และเป็นศูนย์กลางการจัดกิจกรรมแทรกแซง (Intervention) ได้อย่างครอบคลุมทั้งมิติทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข กฎหมาย ครอบครัว ชุมชน สังคม และอื่น ๆ ไปพร้อมกัน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยมีบทบาทหน้าที่ตั้งแต่การค้นหาและจำแนกกลุ่มเป้าหมาย การสร้างองค์ความรู้ที่จำเป็น การมอบหมายภารกิจ การดำเนินกลยุทธ์แต่ละสัมผัส (ติดตามดูแล) และการประเมินผลการดำเนินงาน

2. กลยุทธ์แต่ละสัมผัส โดยกลยุทธ์แต่ละสัมผัสเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการในจังหวัดตาก ซึ่งเป็นการติดตามตรวจสอบพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องด้วยความอดทนอดกลั้น การลงพื้นที่เพื่อตรวจเยี่ยมและติดตามพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การสอบถามข้อมูลจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน รวมถึงการประเมินสภาพแวดล้อมในหมู่บ้านหรือชุมชนเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมเชิงบวกและจัดการปัจจัยกระตุ้นที่อาจนำไปสู่อาการกำเริบหรือการกลับไปเสพยา ในทำนองเดียวกัน กลไกหลักในการขับเคลื่อนกลยุทธ์แต่ละสัมผัสคือ ทีม 8 เกลอซึ่งเป็นการรวมพลังของหน่วยงานและบุคคลจากหลากหลายภาคส่วนในระดับพื้นที่สะท้อนถึงความพยายามในการสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและความไว้วางใจกับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่มักหลบซ่อนตัวเนื่องจากปัญหาทางกฎหมายและทัศนคติเชิงลบของสังคม และการสร้างความไว้วางใจนี้เป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตัวและเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้อย่างเต็มที่

3. แนวทาง 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) องค์ความรู้ชุด มุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้ผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับทีมปฏิบัติการทุกระดับตั้งแต่ทีมบริหารจัดการระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ทีมปฏิบัติการหมู่บ้านไปจนถึงทีมครอบครัว เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน 2) เป้าหมายชุด ซึ่งดำเนินการคัดกรองซ้ำ (Re x-ray) เพื่อคัดกรองและจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มสับสน (มีอาการทางจิตเวชรุนแรง) และสีแดง (มีอาการทางจิตเวชรุนแรงและก่อความรุนแรง) เพื่อให้การช่วยเหลือเป็นไปอย่างตรงจุด 3) กลไกชุด กำหนดให้ทีม 8 เกลอ เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่และสายการ



บังคับบัญชาที่ชัดเจน 4) แนวทางชัด พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงด้วยสูตร 3 สร้าง ได้แก่ สร้างการตระหนักรู้ สร้างองค์ความรู้ และสร้างทักษะความเชี่ยวชาญให้กับทีมปฏิบัติงาน 5) ระบบงานชัด สร้างระบบการทำงานที่เป็นรูปธรรม โดยมีการรับฟังปัญหาและอุปสรรคจากพื้นที่ มอบหมายภารกิจให้ทีม 8 เกล็ดดำเนิน กลยุทธ์แต่ละสัปดาห์อย่างต่อเนื่อง รายงานผลการดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือน และพัฒนาความรู้ของทีมปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ และ 6) ผลดำเนินงานเป็นรูปธรรมชัด มุ่งเน้นการประเมินผลการดำเนินงานทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้สามารถวัดผลและปรับปรุงการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยจังหวัดตาก ได้นำแนวทาง 6 ชัดมาใช้ในการขับเคลื่อนงานเพื่อขับเคลื่อนกลยุทธ์แต่ละสัปดาห์ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ ซึ่งเป็นกรอบการทำงานที่เป็นระบบและมีเป้าหมายที่ชัดเจนแสดงให้เห็นถึงแนวทางที่เป็นระบบในการดำเนินงานที่ซับซ้อนโดยเน้นการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน กลไกที่แข็งแกร่ง และการประเมินผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม การให้ความสำคัญกับองค์ความรู้ชุดและแนวทางชัดบ่งชี้ถึงความเข้าใจว่าการแทรกแซง (Intervention) ที่ประสบความสำเร็จนั้น ไม่เพียงแต่ต้องมีเจตนาที่ดี แต่ยังต้องมีการวางแผนอย่างพิถีพิถัน การเรียนรู้ต่อเนื่อง และการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ

3. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยจังหวัดตากได้นำรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่หลากหลายมาปรับใช้เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ 1) รูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวทางหลักที่มุ่งเน้นการบำบัดฟื้นฟูใกล้บ้านหรือภายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงได้ง่าย มีค่าใช้จ่ายน้อย และบูรณาการเข้ากับบริการทางสังคมและสุขภาพในชุมชนอย่างยั่งยืน กระบวนการนี้ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหา คัดกรอง บำบัดฟื้นฟู การลดอันตรายจากยาเสพติด และการติดตามดูแลช่วยเหลือทางสังคม 2) รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเฉพาะทาง (Fast model) เป็นโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเฉพาะทางที่มีระยะเวลา 120 วัน สำหรับผู้ติดยาเสพติดที่อยู่ในระดับรุนแรงเรื้อรัง ซึ่งเคยเข้ารับการบำบัดมาหลายครั้งแต่ยังไม่ประสบความสำเร็จและไม่มีอาการทางจิตเวช และ 3) โรงพยาบาลมินิธัญญารักษ์ เป็นโรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วยในระยะกลาง (Intermediate care) ซึ่งใช้เวลาประมาณ 14-30 วัน และการดูแลในระยะยาว (Long term care) ที่ใช้เวลา 60-120 วัน

4. ระบบการดูแลตามศักยภาพของหน่วยบริการหรือความรุนแรงของผู้ป่วย เริ่มตั้งแต่การดูแลผู้ติดยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่ำและปานกลาง ได้รับการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูง มีภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือจิตเวช หรือมีประวัติการติดยาเสพติดเรื้อรัง ได้รับโดยโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะทางสังกัดกรมสุขภาพจิตหรือกรมการแพทย์ ตามลำดับ ได้แก่ 1) การส่งต่อผู้ป่วยจะพิจารณาจากระดับความรุนแรงของการเสพยาเสพติด แรงจูงใจในการรักษา และภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือจิตเวช และ 2) การมีระบบการบำบัดรักษาที่หลากหลายและเป็นลำดับขั้น ตั้งแต่การดูแลในชุมชนไปจนถึงสถานพยาบาลเฉพาะทาง สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางที่ครอบคลุมและปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของผู้ป่วย ระบบนี้ช่วยให้สามารถให้การดูแลที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงและความซับซ้อนของการติดยาเสพติด ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็น



สำหรับสภาพที่เรื้อรังและมีความหลากหลายแบบนี้ ความยืดหยุ่นในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างระดับการดูแลในส่วนต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาและเพิ่มโอกาสในการฟื้นฟูที่ประสบความสำเร็จ

5. โครงสร้างและศักยภาพของหน่วยบริการ โดยจังหวัดตากมีสถานพยาบาลที่เปิดให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติด จำนวน 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง (โรงพยาบาลตากสินมหาราช และโรงพยาบาลแม่สอด) และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง (โรงพยาบาลบ้านตาก โรงพยาบาลสามเงา โรงพยาบาลวังเจ้า โรงพยาบาลพบพระ โรงพยาบาลแม่ระมาด โรงพยาบาลอุ้มผาง และโรงพยาบาลท่าสองยาง) สถานพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ มินิธัญญารักษ์ที่โรงพยาบาลวังเจ้า และธัญญารักษ์จังหวัดตากที่โรงพยาบาลบ้านตาก สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียน 2 แห่ง ได้แก่ สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดจังหวัดตาก (มณฑลทหารบกที่ 310 ค่ายวชิรปราการ) และสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดพลเมือง (กรมการปกครองกองร้อยอาสารักษาดินแดน จังหวัดตากที่ 1) ศูนย์คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 116 แห่ง และศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม จำนวน 78 แห่ง อย่างไรก็ตาม จำนวนเตียงที่มีจำกัดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดของรัฐในจังหวัดตาก และสถานะยังไม่ได้รับงบประมาณของบางแห่งอาจเป็นข้อจำกัดในการรองรับผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงและต้องการการดูแลระยะยาว ข้อจำกัดนี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างระหว่างความมุ่งมั่นทางนโยบายกับความพร้อมของทรัพยากรในปัจจุบัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครบวงจร นอกจากนี้ การพึ่งพิงสถานพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียงสำหรับผู้ป่วยบางรายอาจเป็นสัญญาณว่าศักยภาพภายในจังหวัดยังไม่เพียงพอต่อความต้องการทั้งหมด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก ประกอบด้วย 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ 1) ความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วม 2) การสื่อสารและเป้าหมายที่ชัดเจนของทีมสหวิชาชีพ 3) การสนับสนุนทางด้านการนโยบายหรืองบประมาณ และ 4) การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วม โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับไปเสพซ้ำ ครอบครัวที่อบอุ่นและเข้าใจซึ่งกันและกัน ชุมชนที่ให้ความร่วมมือและไม่ตีตราผู้ป่วยถือเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับและกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน การสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังสุขภาพจิตและยาเสพติดในชุมชนผ่านการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นสิ่งที่จำเป็นในการดูแลและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ความสำเร็จของการดูแลแบบบูรณาการนี้ขึ้นอยู่กับความร่วมมืออย่างแท้จริงของครอบครัวและชุมชน ซึ่งช่วยแบ่งเบาภาระจากการดูแลในหน่วยบริการเพียงอย่างเดียวและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาว

2. การสื่อสารและเป้าหมายที่ชัดเจนของทีมสหวิชาชีพ โดยทีม 8 เกลอมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน มีการสื่อสารที่ดีในการทำงาน มีความร่วมมือ และทัศนคติที่ดีร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ และการถอดบทเรียนเป็นกลไกสำคัญในการ



สร้างองค์ความรู้และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและความเข้าใจในเป้าหมายร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดที่ซับซ้อน

3. การสนับสนุนทางด้านการนโยบายหรืองบประมาณ โดยนโยบายระดับจังหวัดมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานของทีม 8 เกล็ดให้เข้มแข็งและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการจัดสรรงบประมาณ และการประชุมเชิงปฏิบัติการต่าง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการลงทุนเพื่อแก้ไขปัญหา การสนับสนุนทางการเมือง และงบประมาณที่เพียงพอและต่อเนื่องในทุกระดับเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญต่อความยั่งยืนและความสามารถในการขยายผล การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการ

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถดูแลตนเอง และพึ่งตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ความรู้และทักษะที่จำเป็น และการวางแผนชีวิตหลังการรักษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างยั่งยืน การให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพภายในของผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มักถูกมองข้ามซึ่งช่วยส่งเสริมการพึ่งพาตนเองและลดการพึ่งพาระบบสนับสนุนภายนอกในระยะยาว

ปัญหาและอุปสรรคของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก

ปัญหาและอุปสรรคของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประสานงานและทรัพยากร 2) บุคลากรและทักษะเฉพาะทาง 3) ความปลอดภัยและการส่งต่อผู้ป่วย และ 4) การติดตามและการยอมรับจากสังคม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การประสานงานและทรัพยากร ปัญหาการประสานงานระหว่างทีม 8 เกล็ด และการติดต่อสื่อสารยังคงเป็นอุปสรรคในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งส่งผลให้การทำงานล่าช้า การขาดแคลนยานพาหนะในการนำส่งผู้ติดสารเสพติด และวัสดุอุปกรณ์ในการระงับเหตุและทักษะการปฏิบัติระงับเหตุเป็นข้อจำกัดที่สำคัญ งบประมาณที่ได้รับอาจจะไม่เพียงพอสำหรับบางหน่วยงานในการดำเนินงานได้อย่างเต็มศักยภาพ แม้จะมีกรอบการทำงานแบบบูรณาการแต่ความท้าทายในเชิงการปฏิบัติในการประสานงานและการจัดสรรทรัพยากรยังคงมีอยู่ที่อาจบั่นทอนประสิทธิภาพของทีม 8 เกล็ด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์

2. บุคลากรและทักษะเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และผู้ป่วยสุขภาพจิตมีการโยกย้ายหมุนเวียนบ่อยครั้ง และขาดการอบรมพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านยาเสพติด จำนวนเตียงและบุคลากรในโรงพยาบาลไม่เพียงพอต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การหมุนเวียนของบุคลากรสูงและการขาดการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นภัยคุกคามที่สำคัญต่อคุณภาพและความยั่งยืนของ การดำเนินงานเนื่องจากส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและความรู้และทักษะเฉพาะทางที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน

3. ความปลอดภัยและการส่งต่อผู้ป่วย ความปลอดภัยของบุคลากรขณะพบผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงเป็นข้อกังวลที่สำคัญ ปัญหาการส่งคืนผู้ป่วยกลับบ้านและชุมชนหลังการบำบัดรักษา ซึ่งอาจเกิดจากการขาดการเตรียมความพร้อมของชุมชนหรือการสนับสนุนที่เพียงพอ ความกังวลด้านความปลอดภัยของบุคลากร



ที่ปฏิบัติงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด และผู้ป่วยสุขภาพจิต เป็นความเสี่ยงเชิงปฏิบัติที่อาจส่งผลกระทบต่อความสนใจในการเข้าร่วมบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงคุณภาพการให้บริการ ในขณะที่ความยากลำบากในการส่งผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชนซึ่งถึงช่องว่างในการสนับสนุนหลังการบำบัดรักษา ซึ่งอาจนำไปสู่การกลับไปเสพซ้ำและวนกลับเข้าสู่ระบบเดิม ๆ อีกครั้ง

4. การติดตามและการยอมรับจากสังคม แม้ว่ารัฐบาลจะมีนโยบายผู้เสพคือผู้ป่วย แต่การติดตามและการไม่ยอมรับจากชุมชนและสังคมยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการปิดกั้นกลับคืนสู่สังคมของผู้ผ่านการบำบัดส่งต่อการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาและการดูแลต่อเนื่อง การที่สังคมยังคงมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ผ่านการบำบัดอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งการแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในระดับชุมชนหรือพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

1. รูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก โดยมีรากฐานมาจากนโยบายของรัฐบาลที่สำคัญคือ การเปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วยซึ่งสะท้อนถึงการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการเน้นการปราบปรามและลงโทษมาสู่การให้ความสำคัญกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเป็นหลัก เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2567; สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2566) สอดคล้องกับแนวทางสากลที่มุ่งลดการตีตราและเพิ่มการเข้าถึงการรักษา (อิदारตัน เจิตประวัติ และวรรณพร เตชะโกศยวณิช, 2568) โดยจังหวัดตากได้นำนโยบายนี้มาประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมผ่านกลไกทีม 8 กล่อ ที่เป็นการรวมพลังของภาคีเครือข่ายหลากหลายภาคส่วน (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดตาก, 2567) ทีม 8 กล่อทำงานภายใต้กลยุทธ์และสัมพันธที่เน้นการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องด้วยความอดทนอดกลั้น โดยการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมและประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมเชิงบวก การทำงานแบบสหวิชาชีพสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในอัตราที่สูงขึ้นและมีเป้าหมายร่วมกัน นอกจากนี้ จังหวัดตาก ยังใช้แนวทาง 6 ชัดเป็นกรอบการดำเนินงานที่เป็นระบบครอบคลุมตั้งแต่การสร้างองค์ความรู้ที่ชัดเจน การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน การใช้กลไกที่ชัดเจน การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การสร้างระบบงานที่ชัดเจน และการประเมินผลดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566) การมีโครงสร้างและกลไกที่ชัดเจนเช่นนี้สามารถเป็นต้นแบบให้จังหวัดหรือพื้นที่อื่น ๆ ได้ ระบบการดูแลผู้ป่วยยังถูกจัดแบ่งเป็นลำดับขั้นตามความรุนแรงและศักยภาพของหน่วยบริการ โดยมีสถานพยาบาลหลายระดับรวมถึงมินิธัญญารักษ์ ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความแออัดในโรงพยาบาลเฉพาะทาง (จิรัฐติกาล สุตวณิชย์, พชรินทร์ มุงคำภา และนาวา ผานะวงศ์, 2566) รูปแบบนี้ยังบูรณาการอย่างลึกซึ้งกับแนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง เน้นการดูแลผู้ป่วยใกล้บ้าน ลดการตีตรา และเพิ่มการยอมรับ ซึ่งเป็นวิธีที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (นิตยา ฤทธิ์ศรี และศุภลักษณ์ จันทยา, 2563) นอกจากนี้ ยังมีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเฉพาะทาง (Fast model) ที่พัฒนาโดยสถาบันธัญญา



รักษ ซึ่งสามารถลดอัตราการเลิกยาได้มากกว่าร้อยละ 95.0 หลังติดตามผล 1 ปี สำหรับผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาครบตามหลักสูตร รวมถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ (Integrated treatment: IT) ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเสพติดร่วมกับปัญหาสุขภาพจิต และการบำบัดด้วยการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) ที่มีการนำมาใช้ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและแบบออนไลน์ ซึ่งช่วยลดอาการซึมเศร้า ปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Singtakaew et al, 2024; Prasartpornsirichoke et al, 2025)

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก โดยความสำเร็จของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการเกิดขึ้นจากปัจจัยสำคัญหลายประการ ซึ่งประการแรกคือ ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น และอื่น ๆ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566) การบูรณาการการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมถือเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นรากฐานสำคัญของการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพช่วยให้เกิดการเยียวยาทางอารมณ์และประโยชน์เชิงปฏิบัติมากมายที่สนับสนุนการเลิกยาเสพติดในระยะยาว นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นหัวใจสำคัญของการฟื้นฟูที่ยั่งยืนโดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำและผลลัพธ์การรักษาที่ดีขึ้น (Dallas et al, 2023) ประการที่สองคือ การสื่อสารและเป้าหมายที่ชัดเจนของทีมสหวิชาชีพ ทีม 8 เกลอส มีการสื่อสารที่ดี มีเป้าหมายและทัศนคติที่ดีร่วมกัน และมีการแบ่งหน้าที่และรับบทบาทในแต่ละเกลอส ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อัตราที่สูงขึ้น การมีเป้าหมายร่วมกันเป็นสิ่งสำคัญและดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ประการที่สามคือ การสนับสนุนทางด้านนโยบายหรืองบประมาณ ซึ่งแผนปฏิบัติการของจังหวัดตากได้รับการขับเคลื่อนตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลที่เน้นเปลี่ยนผู้เสพเป็นผู้ป่วย และมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด มีบทบาทสำคัญในการขยายขีดความสามารถในการบำบัดรักษา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566) และประการสุดท้ายคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนสำคัญป้องกันการกลับไปเสพซ้ำทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองและสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของการบำบัดแบบบูรณาการ เน้นการเคารพความเป็นอิสระของผู้ป่วย การมีส่วนร่วม และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จแสดงให้เห็นว่าการบำบัดไม่ได้เป็นเพียงการรักษาอาการ แต่เป็นการคืนความสามารถในการควบคุมชีวิต (National Institute on Drug Abuse, 2025) สอดคล้องกับการศึกษาของอรณกร สมเกียรติกุล (2566) พบว่า ผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดตามรูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่พัฒนาขึ้นภายใต้การเชื่อมต่อการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลควบคู่กับการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางที่เป็นการบูรณาการจากทุกภาคส่วนส่งผลให้ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด



เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามเพิ่มขึ้นสามารถนำไปขยายใช้เป็นแนวทางในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาที่จะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ติดยาเสพติด

3. ปัญหาและอุปสรรคของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ จังหวัดตาก แม้จะมีความพยายามในการดำเนินการ แต่จังหวัดตากยังคงเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ประการแรกคือ ปัญหาด้านการประสานงานและทรัพยากร ยังมีปัญหาการประสานงานระหว่างทีม 8 เกลอ การขาดวัสดุอุปกรณ์ในการระงับเหตุและทักษะการปฏิบัติ ระงับเหตุ ขาดยานพาหนะในการนำส่งผู้ป่วย และปัญหาการติดต่อสื่อสาร/การเข้าถึงพื้นที่โดยเฉพาะในชุมชนห่างไกล นอกจากนี้ ข้อมูลรายชื่อกลุ่มผู้ป่วยยังมีความคลาดเคลื่อนกับข้อเท็จจริงในพื้นที่ส่งผลต่อการวางแผนจัดการกับกลุ่มเป้าหมาย และความคลาดเคลื่อนของข้อมูลและปัญหาการประสานงานเป็นอุปสรรคเชิงระบบที่บ้านทอนประสิทธิภาพ ประการที่สองคือ ปัญหาด้านบุคลากรและทักษะเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ยังขาดองค์ความรู้ ความเข้าใจ การจำแนกประเภทระดับอาการความรุนแรงของผู้ป่วย และขาดความตระหนักรู้ ความสนใจรับผิดชอบดูแล บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566) นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อยครั้งและขาดการอบรมพัฒนาในด้านยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563) ซึ่งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพบางแห่งมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเพียง 1 คน และการขาดแคลน บุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านการบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญ (Limaksorn, 2021) ประการที่สามคือ ปัญหาด้านความปลอดภัยและการส่งต่อผู้ป่วย ความปลอดภัยของบุคลากรขณะพบผู้ติดยาเสพติดหรือผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรง แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนยังคงเผชิญความท้าทายในทางปฏิบัติโดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยยาเสพติดอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงได้ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566) ประการสุดท้ายคือ ปัญหาด้านการติดตามและการยอมรับจากสังคม ชุมชนไม่ยอมรับหรือถูกตีตราเป็นอุปสรรคสำคัญที่ปิดกั้นผู้ติดยาเสพติดไม่ให้เกิดกลับเข้าสู่สังคมได้ส่งต่อการเข้าถึงบริการ บำบัดรักษาและการดูแลไม่ต่อเนื่อง (Krendl & Perry, 2023) สอดคล้องกับการศึกษาของวนิตตา พิทยาเรืองนทร์ และ อารณีย์ วิวัฒนาภรณ์ (2565) พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร 2) ปัญหาจากตัวผู้ป่วยที่มีการเสพยาหรือเข้ารับการบำบัดไม่ครบถ้วนตามขั้นตอน ครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือ 3) ปัญหาในการประสานงานกับหน่วยงานอื่น และการติดตามผล และ 4) ปัญหาด้านงบประมาณ โดยมีเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้แก่ 1) ข้อเสนอแนะในการปรับโครงสร้างกรอบอัตรากำลัง และกรอบของอำนาจหน้าที่ให้มีความชัดเจน สร้างระบบหรือช่องทางที่สามารถติดต่อประสานงานกันได้อย่างสะดวกรวดเร็ว 2) การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้ให้กับครอบครัวและชุมชนมากขึ้นถึงทัศนคติที่มีต่อผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งวิธีการดูแลช่วยเหลือ 3) การถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดให้กระจายไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบยาเสพติด 4) จัดสรร



งบประมาณให้สอดคล้องคล้อยกับจำนวนผู้ป่วย และ 5) การบูรณาการระหว่างหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขเอง และหน่วยงานอื่นในการวางแผนและการปฏิบัติงานร่วมกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ขยายผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ โดยบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดที่ต่อเนื่อง เข้าถึงง่าย ใกล้บ้าน ใกล้ใจ และยั่งยืน รวมถึงการเสริมสร้างความความรู้ ความเข้าใจ และลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ผ่านการบำบัด เพื่อส่งเสริมการกลับคืนสู่สังคมอย่างแท้จริง

2. การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและบริหารจัดการทรัพยากรอย่างยั่งยืน โดยใช้ทรัพยากรร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและจัดทรัพยากรให้เพียงพอต่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ ตลอดจนพัฒนาทักษะเฉพาะทางให้แก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความรู้ความสามารถ และทักษะที่จำเป็นให้พร้อมต่อการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาเครื่องมือการประเมินและกำกับติดตามผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน กำกับติดตามผลการดำเนินงาน ปรับปรุงกลยุทธ์ และแนวทางการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการ

2. พัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน เพื่อนำแนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบบูรณาการไปใช้ได้ อย่างจำเพาะเจาะจง เหมาะสมกับบริบทนั้น ๆ และต่อยอดความสำเร็จที่เกิดขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติด และผู้ป่วยสุขภาพจิต จังหวัดตาก ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเสียสละเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการดำเนินงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดตามประมวลกฎหมายยาเสพติด (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). หลักสูตรการดำเนินงานการติดตามยาเสพติดในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.



- จิรัฐติกา สุตวนิชย์, พัทรินทร์ มุ่งคำภา และนาวา ผานะวงศ์. (2566). ผลการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดระยะยาว “มินิธัญญารักษ์” กรณีศึกษาโรงพยาบาลอากาศอำนวย ปี พ.ศ. 2566. *วารสารกรมการแพทย์*, 49(3), 145-153.
- ธิดารัตน์ เจิตประวดี และวรรณพร เตชะโกศยานิช. (2568). ประสบการณ์ของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษาโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง (สังกัดกรุงเทพมหานคร) กรุงเทพมหานคร. *วารสารศรีปทุมปริทัศน์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 25(1), 106-122.
- นิตยา ฤทธิ์ศรี และศุภลักษณ์ จันทาญ. (2563). การพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดแบบบูรณาการในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(1), 77-87.
- พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564. (8 พฤศจิกายน 2564). *ราชกิจจานุเบกษา*, 136(73 ก). หน้า 1-80.
- วนิดตา พิทยาเรืองนนท์ และอารณีย์ วิวัฒนาภรณ์. (2565). ปัญหาในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด กรณีศึกษาในสถานพยาบาลของรัฐ. *วารสารวิจัยธรรมศึกษา*, 5(2), 94-102.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แนวทางการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จังหวัดตาก. (2567). *แผนปฏิบัติการด้านการรักษาบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด: แนวทางการขับเคลื่อนการลดความรุนแรงของผู้ป่วยผู้ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรง (สับสน/สับสน) แบบพุ่งเป้า โดยกลไกการมีส่วนร่วมระดับพื้นที่ด้วยกลยุทธ์ “ตะลันผัด” จังหวัดตาก ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567*. ตาก: ศาลากลางจังหวัดตาก.
- สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2566). *รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงยุติธรรม.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. (2566). *รายงานประจำปี 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก*. ตาก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก.
- อรรถจักร์ สมเกียรติกุล. (2566). การพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการและวิจัยยาเสพติด*, 1(1), 28-40.
- Dallas, J. C., Jullamate, P., Vatanasin, D., Mounkum, S., Nadarajan, S., & Krungkraipetch, N. (2023). Resilience and influencing factors among youths undergoing substance abuse treatment in Thailand: A cross-sectional study. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608231157986. <https://doi.org/10.1177/23779608231157986>



- Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2023). Stigma toward substance dependence: Causes, consequences, and potential interventions. *Psychological Science in the Public Interest*, 24(2), 90–126.
<https://doi.org/10.1177/15291006231198193>
- Limaksorn, J. (2021, April 7). *Drug rehabilitation in Thailand: Treatment or punishment? International Drug Policy Consortium*. Retrieved from <https://idpc.net/blog/2021/04/drug-rehabilitation-in-thailand-treatment-or-punishment>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- National Institute on Drug Abuse. (2025, March 13). *Advancing reduction in drug use as an endpoint in addiction treatment trials*. Retrieved from <https://nida.nih.gov/about-nida/noras-blog/2025/03/advancing-reduction-drug-use-endpoint-in-addiction-treatment-trials>
- Prasartpornsirichoke, J., Pityaratstian, N., Poolvorlaks, C., Sermruttanawisith, N., Polpakdee, K., Pholphet, K., & Buathong, N. (2025). Effects of online cognitive behavioral therapy on depression, negative automatic thoughts, and quality of life in Thai university students during the COVID-19 lockdown in 2021: A quasi-experimental study. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1502406. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1502406>
- Singtakaew, A., Chaimongkol, N., Puangladdac, S., & Wongpiromsarn, Y. (2024). Effects of the mindfulness program for male substance abusers in Thailand on stress, deliberate self-harm, and drug abstinence intention: A repeated-measure design. *Belitung Nursing Journal*, 10(2), 231–239. <https://doi.org/10.33546/bnj.3178>



ประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

ศิริลักษณ์ สร้อยเสน*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

(วันที่รับบทความ: 15 กรกฎาคม 2568 ; วันที่แก้ไข: 22 ตุลาคม 2568; วันที่ตอบรับ: 6 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันไม่ได้ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจำนวน 66 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 33 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 มีนาคม ถึง 17 มิถุนายน 2567 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบทดสอบก่อน-หลัง และแบบบันทึกระดับความดันโลหิต ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83, 0.78 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square, Paired Sample t-test และ Independent t-test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.70 และ ร้อยละ 60.72 ตามลำดับ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อายุระหว่าง 61-70 ปี (ร้อยละ 33.30) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุมากกว่า 70 ปี (ร้อยละ 48.50) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย 25.00-29.90 kg/m² (ร้อยละ 33.30) และกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกาย 18.50-22.90 kg/m² (ร้อยละ 30.30)

ผลการศึกษาพบว่า หลังใช้ระบบดูแลใหม่ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น 12.5 คะแนน (95% CI: 10.2 ถึง 14.8; $p < 0.001$) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 10.7 คะแนน (95% CI: 8.4 ถึง 12.9; $p < 0.001$) และระดับความดันโลหิตค่าบน (SBP) ลดลงเฉลี่ย 15.3 มิลลิเมตรปรอท (95% CI: -18.7 ถึง -11.9; $p < 0.001$) และระดับความดันโลหิตค่าล่าง (DBP) ลดลงเฉลี่ย 9.6 มิลลิเมตรปรอท (95% CI: -12.3 ถึง -6.9; $p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนทดลองและกับกลุ่มควบคุม โดยพบผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตลดลง ร้อยละ 75.70 ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลรูปแบบใหม่ในระดับสูงถึงร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรูปแบบใหม่นี้มีประสิทธิผลในการส่งเสริมความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการควบคุมความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ศิริลักษณ์ สร้อยเสน; Muang45@gmail.com



The Effectiveness of Caring System for Uncontrolled Hypertension at Takhian Health Promoting Hospital, Kap Choeng District, Surin Province

Siriluk Soison

Takhian Health Promoting Hospital, Kap Choeng District, Surin Province

(Received: 15 July 2025; Revised: 22 October 2025; Accepted: 6 November 2025)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a care system for patients with uncontrolled hypertension at Takian Sub-district Health Promoting Hospital, Kap Choeng District, Surin Province. The sample consisted of 66 patients, divided into two groups: an experimental group and a control group, with 33 participants in each. Data collection was conducted from March 18 to June 17, 2024. The research instruments included a questionnaire, a pre-test and post-test, and a blood pressure recording form. These instruments were validated for content validity by three experts, yielding Cronbach's alpha reliability coefficients of 0.83, 0.78, and 0.74, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Paired Sample t-test, and Independent t-test, with a confidence level of 95%. The results showed that most participants in both groups were female (72.70% in the experimental group and 60.72% in the control group). The majority of participants in the experimental group were aged 61–70 years (33.30%), whereas most in the control group were over 70 years old (48.50%). Most participants in the experimental group had a body mass index (BMI) of 25.00 to 29.90 kg/m² (33.30%), while those in the control group had a BMI of 18.50–22.90 kg/m² (30.30%).

After implementing the new care system, the experimental group demonstrated a significant improvement in knowledge scores by an average of 12.5 points (95% CI: 10.2–14.8; $p < 0.001$), self-care behavior scores by 10.7 points (95% CI: 8.4–12.9; $p < 0.001$), and a reduction in systolic blood pressure (SBP) by 15.3 mmHg (95% CI: -18.7 to -11.9; $p < 0.001$) and diastolic blood pressure (DBP) by 9.6 mmHg (95% CI: -12.3 to -6.9; $p < 0.001$), compared with pre-intervention and the control group. Overall, 75.70% of patients achieved controlled blood pressure levels. Additionally, all participants (100%) in the experimental group reported high satisfaction with the new care system. These findings indicate that the newly developed care system was effective in improving knowledge, promoting self-care behaviors, and controlling blood pressure among patients with uncontrolled hypertension.

Keywords: hypertension care system, self-care behavior, uncontrolled blood pressure

***Corresponding author:** Siriluk Soison; Muang45@gmail.com



บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่คุกคามทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของโลก โดยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.9 ล้านคน (WHO, 2018) ในประเทศไทย ปัญหาหลักของการรักษาคือผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรค และการควบคุมความดันโลหิตยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่แนะนำ (Thai Hypertension Society, 2019) ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะขาดเลือดทั่วร่างกาย ในปี 2565 มีผู้สูงอายุ 30-79 ปีทั่วโลกประมาณ 46% ไม่ทราบว่าตนเองมีความดันโลหิตสูง และจากผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเข้าระบบการรักษาเพียง 42% เท่านั้นที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (WHO, 2022) สำหรับประเทศไทย ผลสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 6 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 หรือประมาณ 13.8 ล้านคน (วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า, 2564) ระบุว่าประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีสภาวะป่วยและได้รับการติดตามจำนวน 621,894 คน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่รวม 144,622 คน แต่จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ทั้งหมดอยู่ที่ 735,697 คน หมายความว่าผู้ป่วยกว่า 6 แสนคนไม่ได้อยู่ในระบบคัดกรองและติดตาม (กรมควบคุมโรค, 2565)

แม้โรคความดันโลหิตสูงจะไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่การควบคุมระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติสามารถลดภาวะแทรกซ้อนและชะลอความรุนแรงได้ การควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจได้ร้อยละ 27 และการควบคุมระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP) ให้ลดลงทุก 10 มม.ปรอทสามารถลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 27 (Ettehad et al, 2016) นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ยังช่วยควบคุมความดันได้ดีกว่าการใช้ยาเพียงอย่างเดียว ถ้าไม่มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลที่เหมาะสมและเน้นการป้องกันตั้งแต่ระยะแรก ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและพิการอย่างมาก ดังนั้น การควบคุมและป้องกันจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง สำหรับผู้ป่วย การควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางการรักษา (ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท) เป็นเป้าหมายหลัก โดยเน้นการดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (American Academy of Family Physicians, 2021) การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้วยข้อมูลเชิงวิชาการ (evidence-based) ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วย จะช่วยให้การควบคุมโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Rippe, 2019; Park, 2021)

ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ พบว่ามีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับบริการเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2564-2566 จำนวน 66 ราย, 88 ราย และ 84 รายตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน, 2567) ทำให้เกิดปัญหาด้านการจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพที่มากขึ้น ทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งเพิ่มภาระงานบุคลากรด้านสาธารณสุขมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง การประเมินปัจจัยเสี่ยงจะช่วยในการเฝ้าระวังและวางแผนป้องกัน หากกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2565) องค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายให้ประเทศสมาชิกลดความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลง



ภายในปี 2573 ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขไทยที่เน้นการคัดกรองประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพื่อเฝ้าระวังและดูแลกลุ่มเสี่ยง พร้อมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารลดเกลือ เพิ่มผักผลไม้ ควบคุมน้ำหนักตัว น้ำหนักตัวหรือและลดแอลกอฮอล์ (สมจิตต์ สันธชัยและคณะ, 2564)

การพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้จึงจำเป็น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น เพิ่มความรู้ด้านสุขภาพและสร้างแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) รวมถึงความเชื่อมั่นในตนเอง (self-efficacy) ในการจัดการตนเอง (self-management) อย่างถูกต้อง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพต้องมุ่งเน้นลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ลดการบริโภคเกลือ เพิ่มผักผลไม้ ควบคุมน้ำหนัก ลดหรือเลิกสูบบุหรี่ และงดดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีเป้าหมายควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท (Blood Pressure Association of Thailand, 2023) เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในระดับชุมชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังพบว่าผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ แม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น การขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การขาดความเข้าใจที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม เช่น การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย การติดตามและการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ยังไม่เป็นระบบต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันมีบทความวิจัยหลายฉบับที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพหรือการให้คำปรึกษาในการควบคุมความดันโลหิต แต่ ยังมีช่องว่างของงานวิจัยในด้าน “ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ” โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่ชนบท เช่น จังหวัดสุรินทร์ ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและความพร้อมของบุคลากร

ผู้ศึกษาจึงมุ่งพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรูปแบบใหม่ ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยประยุกต์ใช้แนวทางการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งอาศัยองค์ประกอบ 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาและวิเคราะห์ปัญหา การจัดทำระบบดูแลและแผนพัฒนา การนำระบบไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายและประเมินผล และการประเมินผลลัพธ์ ร่วมกับแนวทางการรักษาของสมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2567) โดยเน้นความรู้เรื่องโรค การดูแลตนเอง เช่น การลดน้ำหนัก ปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารลดโซเดียม เพิ่มกิจกรรมทางกาย งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเลิกบุหรี่ เพื่อการควบคุมความดันโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่ตำบลตะเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยในพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ซึ่งแตกต่างจากระบบการดูแลเดิมที่เน้นเพียงการตรวจรักษาและให้ยา ระบบใหม่นี้เน้นการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การประเมินพฤติกรรม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสมกับบริบทของประชาชนและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่



วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
3. เพื่อประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์

สมมติฐานของการวิจัย

กลุ่มทดลองในระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับความดันโลหิต (SBP/DBP) ที่ดีขึ้นหลังการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ขึ้นมาใหม่ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้ การพัฒนาระบบสุขภาพแบบบูรณาการ (Dey and Hariharan, 2006) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหา ปัญหาและวิเคราะห์แนวทางแก้ไข ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จากความคิดเห็นที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 การนำระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และขั้นตอนที่ 3 การควบคุม ติดตาม และการประเมินผล ซึ่งในระบบนี้ได้เน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตให้เหมาะสมกับการป่วย การให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้และเป็นรูปธรรมร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยตามแนวทางของสมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตแห่งประเทศไทย, 2562)



กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้
รูปแบบใหม่

สัปดาห์ที่ 1-2 ประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ สร้างสัมพันธ์ ตั้งกลุ่ม Line การดูแล
ตรวจรักษา ให้ความรู้รายกลุ่ม ประเมินพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล

สัปดาห์ที่ 3-4 เพิ่มเติมนการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน วันละ 4 ครั้ง โดยผู้ช่วย
นักวิจัย ซักถามการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องรายบุคคล แนะนำเน้นย้ำการปฏิบัติตัว

สัปดาห์ที่ 5-8 เพิ่มเติมนการติดตามพฤติกรรมสุขภาพให้คำแนะนำรายบุคคล ผ่าน
Line application

สัปดาห์ที่ 9-12 เพิ่มเติมนการติดตามพฤติกรรมสุขภาพให้คำแนะนำรายบุคคล
และส่งภาพกิจกรรม ผ่าน Line application และให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 13 เพิ่มเติมนการประเมิน การปฏิบัติตัว วัดผลการควบคุมระดับความดัน
โลหิตตลอด 3 เดือน. ผลที่ยอมรับได้คือ <140/90 มม.ปรอท หาก >140/90 มม.
ปรอท ถือว่าควบคุมไม่ได้.

กรณีควบคุมไม่ได้: หาสาเหตุเบื้องต้น, พยาบาลเยี่ยมบ้านหาสาเหตุ, สนับสนุน
ญาติช่วยดูแล, อาจปรับยา, และนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาใหม่ซ้ำ.

กรณีควบคุมได้ดี: เฝ้าระวังและให้คำแนะนำต่อเนื่อง.

ตัวแปรตาม

- 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง
- 2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 3) ระดับความดันโลหิต
- 4) ความพึงพอใจต่อระบบการดูแล

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 17 มิถุนายน 2567

ประชากร การศึกษาในครั้งนี้ คือกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ที่เข้ารับบริการในคลินิกพิเศษในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน ในปี 2567 จำนวน 113 คน จากนั้นคัดเลือกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (SBP $\geq$ 140 mmHg และหรือ DBP $\geq$ 90 mmHg มากกว่า 3 เดือนย้อนหลัง) ซึ่งใช้ข้อมูลจากทะเบียนผู้รับบริการคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน พบผู้ป่วยตรงตามเกณฑ์จำนวน 88 คน จากนั้นใช้เทคนิคการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้สามารถดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์ทางคลินิก เพื่อให้สามารถติดตามผลการทดลองได้อย่างต่อเนื่องตลอดการทดลอง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 66 คน ใช้วิธีจับคู่ (Matched Pairs) เพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 33 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 33 คน ซึ่งหลักเกณฑ์การคัดเลือกมีดังนี้



เกณฑ์การคัดเข้า: มีดังนี้ 1) อยู่ร่วมการศึกษาครบ 3 เดือน 2) พูดคุยสื่อสารภาษาไทยได้ 3) สมัครใจร่วมมีวิจัย

เกณฑ์การคัดออก: มีดังนี้ 1) อยู่ร่วมการศึกษาไม่ครบ 3 เดือน 2) ผู้ป่วยขอยกเลิกเข้าร่วมโครงการศึกษา

3) ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) ไม่ยินดีให้ความร่วมมือหรือขอยกเลิกระหว่างศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (SBP $\geq$ 140 mmHg และ/หรือ DBP $\geq$ 90 mmHg) ย้อนหลัง 3 เดือน อาศัยในพื้นที่และมารับบริการ/รับการรักษาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดปานกลาง = 0.50 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 66 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 33 คน เมื่อคัดเลือกผู้ป่วยที่ยินดีเข้าร่วมได้ครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ผู้เข้าร่วมทั้งหมดจะเข้าสู่ขั้นตอนการปฐมนิเทศกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างละเอียด กลุ่มทดลองจะเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพแบบใหม่ซึ่งจะใช้ช่องทางดิจิทัล โดยการสร้าง "กลุ่ม Line Application" เป็นเครื่องมือหลักในการเชื่อมโยงและนำกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่ระบบบริการที่พัฒนาขึ้น เพื่อดำเนินการกิจกรรม ติดตามผล และให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลตลอดระยะเวลาการทดลองตามที่ระบุไว้ในกิจกรรม ในส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน

เครื่องมือการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้เครื่องมือวิจัยหลัก 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือเก็บข้อมูลและเครื่องมือสำหรับการทดลองดังนี้:

1. เครื่องมือเก็บข้อมูล:

1.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นมาจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล: จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ดัชนีมวลกาย, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, รายได้, ประวัติญาติสายตรงป่วยโรคความดันโลหิตสูง, และโรคประจำตัวอื่นร่วม

1.2) แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสอบถามแบบถูก-ผิด จำนวน 39 ข้อ (เชิงบวก 27 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน, เชิงลบ 18 ข้อ ตอบถูกให้ 0 คะแนน ตอบผิดให้ 1 คะแนน) คะแนนเต็ม 39 คะแนน การแปลผลความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ (สูง/ปานกลาง/น้อย) อิงเกณฑ์ของ Bloom (1975) โดย

คะแนนเท่ากับและมากกว่า ร้อยละ 80 (32 - 39 คะแนน)

ความรู้ระดับสูง

คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79 (24 - 31 คะแนน)

ความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 (1-23 คะแนน)

ความรู้ระดับต่ำ

1.3) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้: เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 45 ข้อ (เชิงบวก 9 ข้อ, เชิงลบ 6 ข้อ) แปลผล 3 ระดับ (ดี/พอใช้/ควรปรับปรุง)



อ้างอิงเกณฑ์ของ Best (Best, 1977) จากนั้นนำผลคะแนนรวมแต่ละข้อมาวิเคราะห์หาคะแนนเฉลี่ยโดยรวมทั้งหมด ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินระดับพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 -1.66 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่ควรปรับปรุง/ปฏิบัติไม่ถูกต้อง
- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.67 -2.33 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์พอใช้/ปานกลาง
- ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 -3.00 หมายถึง มีระดับพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ดี/ปฏิบัติได้ถูกต้อง

1.4) แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้จาก แบบบันทึกตนเอง/อสม. รวมถึงเกณฑ์แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2567) โดยมีเป้าหมายควบคุมความดันโลหิตค่าบน (SBP) ให้ต่ำกว่า 140 mmHg และค่าล่าง (DBP) ต่ำกว่า 90 mmHg

1.5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแล : เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (Likert, 1961) จำนวน 45 ข้อ (เชิงบวก 9 ข้อ, เชิงลบ 6 ข้อ) การแปลผลความพึงพอใจใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ (มากที่สุดถึงน้อยที่สุด) อ้างอิงตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (บุญชม ศรีสะอาด, 2547) แปลความหมายของคะแนนพิจารณาจากค่าเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนโดยกำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ไว้ดังนี้

- คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด
- คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก
- คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย
- คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

1.6) อุปกรณ์วัดความดันโลหิตใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบเชิงกล และเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ ซึ่งผ่านการสอบเทียบเครื่องมือเบื้องต้นโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 9 นครราชสีมา ประจำปี 2566

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (รูปแบบใหม่): พัฒนาขึ้นสำหรับใช้กับกลุ่มทดลอง โดยดำเนินการทดลองระยะเวลา 1-13 สัปดาห์ ดังนี้

2.1) ระบบการเตรียมความพร้อม (สัปดาห์ที่ 1) เครื่องมือที่ใช้คือ แบบทดสอบ/แบบสอบถาม เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลองอย่างสมบูรณ์ หลังจากนั้น เครื่องมือหลักที่ถูกนำมาใช้คือ การให้ความรู้แบบกลุ่ม (Group Education) ซึ่งทีมสุขภาพจะใช้ สื่อประกอบการสอน ที่เน้นเนื้อหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านที่สำคัญต่อการควบคุมความดันโลหิต (เช่น การลดน้ำหนัก การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย) และจัดตั้ง กลุ่ม Line Application เพื่อใช้เป็นช่องทางการสื่อสารและการติดตามผลหลัก นอกจากนี้ ยังมีการแนะนำและฝึกอบรมผู้ป่วยให้เริ่มใช้ เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring: HBPM) โดยผู้ช่วยนักวิจัย (อสม.) จะเข้ามามีบทบาทในการติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน วันละ 4 ครั้ง เพื่อสร้างวินัยและบันทึกข้อมูลเริ่มต้น

2.2) ระบบการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (สัปดาห์ที่ 2, 3-4, 6, 7-8, 10, 11-12) เป็นช่วงกลางของการทดลอง เครื่องมือที่ใช้จะเน้นไปที่การประยุกต์ใช้และติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ การวัดความดันโลหิตที่บ้านวันละ 4 ครั้ง



โดยผู้ช่วยนักวิจัย (อสม.) เพื่อส่งรายงานผลไปยังพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน พยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจะใช้ โทรศัพท์ และ Line Application เป็นเครื่องมือในการ ติดตามพฤติกรรม ระยะไกล โดยการซักถามอย่างต่อเนื่อง และขอให้ผู้ป่วย ส่งภาพถ่ายกิจกรรม (เช่น อาหารหรือการออกกำลังกาย) เข้ามา ในกลุ่ม Line Application เพื่อให้ข้อเสนอแนะที่เฉพาะเจาะจงและเป็นบวก (Positive Reinforcement) ซึ่งเป็นการ เสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ

2.3) ระบบการประเมินผลทางการแพทย์และการปรับแผน (สัปดาห์ที่ 5, 9, 13) เครื่องมือที่ใช้คือ การนัดพบ แพทย์/พยาบาล เพื่อประเมินผลทางคลินิกอย่างเป็นทางการ (สัปดาห์ที่ 5 และ 9) โดยทีมสุขภาพจะนำข้อมูล HBPM ที่เก็บรวบรวมมาตลอด 4 สัปดาห์ก่อนหน้า มาประกอบการพิจารณา ปรับขนาดยา และให้คำแนะนำที่เจาะจงเพิ่มเติม ส่วนใน สัปดาห์ที่ 13 ซึ่งเป็นสัปดาห์สุดท้าย การทดลองจะใช้ เครื่องมือวัดผลลัพธ์ชุดเดิม (แบบทดสอบความรู้, แบบสอบถามพฤติกรรม) ร่วมกับ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการดูแล เพื่อประเมินประสิทธิผลโดยรวมของ ระบบการดูแลรูปแบบใหม่นี้

2.4) ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (รูปแบบเดิม): ใช้กับกลุ่มควบคุม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ รูปแบบใหม่ที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกัน จำนวน 30 คน ในพื้นที่หมู่ที่ 2, 4 และ 8 ตำบลตะเคียนอำเภอกาบเชิง โดยการวิเคราะห์แบบทดสอบที่ให้คะแนน 0, และ 1 และแบบสอบถามที่มี เนื้อหาลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) จากนั้นใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบราซ (Cronbach's Coefficient of Alpha) จากแบบสอบถาม โดยเกณฑ์การยอมรับได้ควรจะมีค่าความ เชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) มากกว่า 0.7 ขึ้นไป ถือว่ามีความเชื่อมั่นได้ (กลยา วานิชัยบัญชา และ จิตา วานิชัยบัญชา, 2557) สำหรับในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนของแบบทดสอบด้าน ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แบบสอบถาม ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เท่ากับ 0.83, 0.78 และ 0.74 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2567 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2567 โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้:

1. กลุ่มทดลอง

แบ่งการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูล ตามระยะดำเนินการเก็บข้อมูลการทดลอง 3 เดือน เป็นดังนี้ :

1.1) เดือนที่ 1: รวบรวมข้อมูล, จัดตั้งกลุ่ม Line Application, และแลกเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ เก็บข้อมูลก่อน การทดลอง (Pre-test) เพื่อประเมินระดับความรู้ของกลุ่มทดลองก่อนการศึกษา หากพบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เดิม



แตกต่างกันมาก จะนำตัวแปรนี้มาใช้ในการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อปรับค่า (Statistical Adjustment) เนื้อหาแบบสอบถาม ได้แก่ แบบทดสอบความรู้, แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง, และบันทึกระดับความดันโลหิตแพทย์/พยาบาลตรวจรักษาและให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูงแก่ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม (3-5 คน) โดยเน้นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยซักถาม ประเมิน และแนะนำพฤติกรรมรายบุคคล จากนั้นติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้าน วันละ 4 ครั้งทุกวัน ในสัปดาห์ที่ 3-4 เก็บข้อมูลการติดตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านโทรศัพท์/Line Application (มีการให้ส่งรูปภาพกิจกรรม) และเน้นย้ำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

1.2) เดือนที่ 2 และ 3 เพิ่มเติมการติดตามผู้ป่วยตามนัด (โทรศัพท์/Line Application) และพูดคุยกับญาติเพื่อขอความร่วมมือในการดูแล รวบรวมข้อมูลตรวจรักษาโดยแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการพูดคุยซักถามและให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้านวันละ 4 ครั้งทุกวัน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

1.3) ระยะสิ้นสุด (สัปดาห์ที่ 13): เพิ่มเติมข้อมูล แพทย์/พยาบาลตรวจรักษาและประเมินผลการควบคุมระดับความดันโลหิตตลอด 3 เดือน (เป้าหมาย $<140/90$ mmHg) กรณีที่ควบคุมไม่ได้ จะมีการหาสาเหตุ (รวมถึงการเยี่ยมบ้าน), ส่งเสริมญาติ, และอาจปรับขนาดยา ก่อนนำเข้าสู่วิธีการดูแลสุขภาพใหม่ รวบรวมข้อมูลการประเมินความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลอง (Post-test) และรวบรวมข้อมูลประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลสุขภาพรูปแบบใหม่

2. กลุ่มควบคุม

แบ่งการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูล ตามระยะดำเนินการเก็บข้อมูลการทดลอง ตลอดระยะเวลา 3 เดือน (สัปดาห์ที่ 1, 5, 9, 13) เป็นดังนี้:

2.1 เก็บข้อมูลความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนการทดลอง (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1 และหลังการทดลอง (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 13 ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามนัดปกติ โดยมีแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตรวจรักษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงตามปกติทั่วไป เพื่อใช้ในการวิเคราะห์และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

2.2 ในสัปดาห์ที่ 13, แพทย์/พยาบาลประเมินผลการควบคุมระดับความดันโลหิตตลอด 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยสถิติค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ chi-square test

2. วิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระดับความดันโลหิต และระดับความพึงพอใจต่อระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)



3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการดำเนินการทดลองของกลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมา และของกลุ่มที่ใช้ระบบดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้รูปแบบเดิม โดยได้ดำเนินการตรวจสอบสมมติฐานความเป็นโค้งปกติของข้อมูลในทุกตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ด้วยการทดสอบ Paired Sample t-test และ Independent t-test และเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมกับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Shapiro-Wilk สำหรับกลุ่มย่อย ($n=33$) และ Kolmogorov-Smirnov สำหรับการเปรียบเทียบข้อมูลรวม ($n=66$) ค่าที่ได้สูงกว่า 0.05 หมายความว่าข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์มีคุณสมบัติที่สอดคล้องกับสมมติฐานของการแจกแจงแบบปกติ

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการดำเนินการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นมา และกลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ รูปแบบเดิม ก่อนและหลังการดำเนินการทดลอง โดยใช้ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์กระทรวงสาธารณสุข รหัส COA No 13/2567 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2567 ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการรักษาพยาบาลและรายงานผลการวิจัยในภาพรวม แบบสอบถามและเก็บข้อมูลถามวิจัยจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นไปแล้ว 1 ปี กรณีเมื่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมการวิจัย แสดงท่าทีที่อึดอัด รู้สึกเป็นกังวลในการตอบแบบสอบถามหรือคำถามอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย หรือขอถอนตัว หรือเปลี่ยนใจไม่เข้าร่วมการวิจัยในระหว่างการตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์เก็บข้อมูลหรือภายหลังการส่งแบบสอบถามหรือข้อมูลแล้ว

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจำนวนรวม 66 ราย ไม่มีผู้ถอนตัวระหว่างการศึกษา ข้อมูลการศึกษาสมบูรณ์ครบถ้วน ไม่มีขาดหาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองร้อยละ 72.70 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 60.70 กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 63.72 ปี (ส่วนใหญ่ 51-70 ปี) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 69.78 ปี (ส่วนใหญ่ มากกว่า 70 ปี) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มี BMI ระหว่าง 25.00-29.90 kgs/m^2 ร้อยละ 33.30 ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี BMI ระหว่าง 18.50-22.90 kgs/m^2 ร้อยละ 30.30 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส กลุ่มทดลอง ร้อยละ 72.70 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 57.60 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสองกลุ่มมีการศึกษา



สูงสุดต่ำกว่าระดับปริญญาตรีในสัดส่วนที่สูง ร้อยละ 97.00 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาชีพหลักของทั้งสองกลุ่มคือเกษตรกร กลุ่มทดลอง ร้อยละ 84.80 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 69.70 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 3,001.00 - 4,000.00 บาท (กลุ่มทดลอง ร้อยละ 33.30 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 39.40 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งสองกลุ่มมีญาติสายตรงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 63.60 และ ส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมนอกจากโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 57.60 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 54.50 ตามลำดับ เนื่องจากข้อมูลส่วนใหญ่มีค่าใกล้เคียงกัน จึงสามารถสรุปได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มควบคุม (n=33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	27.30	13	39.30
หญิง	24	72.70	20	60.70
อายุ (ปี) (อายุต่ำสุด 44 ปี อายุสูงสุด 96 ปี)	$\bar{X}$ =62.5, S.D=9.88		$\bar{X}$ =61.9 S.D=11.69	
ต่ำกว่า 50 ปี	2	6.10	2	6.10
51-60 ปี	11	33.30	4	12.10
61-70 ปี	11	33.30	11	33.30
มากกว่า 70 ปี	9	27.30	16	48.50
ดัชนีมวลกาย (ต่ำสุด 1.75 kgs/m ² สูงสุด 36.32 kgs/m ²)	$\bar{X}$ =26.8 S.D=4.70		$\bar{X}$ =27.1 S.D=6.79	
18.50 kgs/m ² >	3	9.00	9	27.30
18.50 – 22.90 kgs/m ²	8	24.30	10	30.30
23.00 – 24.90 kgs/m ²	9	27.30	7	21.20
25.00 – 29.90 kgs/m ²	11	33.30	3	9.10
>30.00 kgs/m ²	2	6.10	4	12.10
สถานภาพสมรส				
โสด	4	12.10	2	6.10
สมรส	24	72.70	19	57.60
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	5	15.20	12	36.30



ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มควบคุม (n=33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ต่ำกว่าปริญญาตรี	32	97.00	32	97.00
ปริญญาตรี	1	3.00	0	0.00
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00	1	3.00
อาชีพ				
เกษตรกร	28	84.90	23	69.70
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.00	1	3.00
รับจ้างทั่วไป	3	9.00	0	0.00
อื่นๆ/แม่บ้าน	2	6.10	9	27.30
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (รายได้ต่ำสุด 1,000.00 บาท สูงสุด 30,000.00 บาท)	$\bar{X}$ =3,121.2		$\bar{X}$ =3,090.90	
	S.D=1,414.40		S.D=1,417.60	
1,000 -2,000 บาท	8	24.30	9	27.30
2,001 -3,000 บาท	7	21.20	9	27.30
3,001 -4,000 บาท	11	33.30	13	39.30
มากกว่า 4,000 บาท	7	21.20	2	6.10
การมีญาติสายตรง(พ่อแม่พี่น้อง)ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง				
มี	21	63.60	21	63.60
ไม่มี	12	36.40	12	36.40
การมีโรคประจำตัวอื่นร่วมนอกจากโรคความดันโลหิตสูง				
มี	14	42.40	15	45.50
ไม่มี	19	57.60	18	54.50



ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.60 อยู่ในระดับสูง คิดเป็น ร้อยละ 36.40 และอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็น ร้อยละ 3.0 ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย พบว่า มีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 87.90 อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 12.10 ระดับต่ำไม่มี ดังตารางที่ 2

กลุ่มควบคุม พบว่า มีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางในสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 42.40 ทั้ง 2 ระดับ และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.20 ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย พบว่า มีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับเดิมไม่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงและระดับปานกลางในสัดส่วนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 42.40 ทั้ง 2 ระดับ และอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 15.20 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลอง (n=33,n=33)

ประเด็น เปรียบเทียบ	ระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	(> 80% / 91-117คะแนน)		(60-79% / 65-90คะแนน)		(<60% / 39-64คะแนน)	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
กลุ่มทดลอง(n=33)						
ก่อนทดลอง	12	36.40	20	60.60	1	3.00
หลังทดลอง	29	87.90	4	12.10	0	0.00
ก่อนทดลอง $\bar{X}$ =30.12 S.D.=2.74 Max= 34 Min=22 หลังทดลอง $\bar{X}$ =34.48 S.D.=2.18 Max= 38 Min=30						
กลุ่มควบคุม(n=33)						
ก่อนทดลอง	14	42.40	14	42.40	5	15.20
หลังทดลอง	14	42.40	14	42.40	5	15.20
ก่อนทดลอง $\bar{X}$ =29.30 S.D.=3.94 Max= 34 Min=21 หลังทดลอง $\bar{X}$ =29.30 S.D.=3.94 Max= 34 Min=21						

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.77 และ 0.88 ตามลำดับ โดยมี ค่าเฉลี่ยส่วนต่าง (Mean Difference) เท่ากับ 0.11 (95%CI=0.88 ถึง 0.77) ซึ่งผลการทดสอบทางสถิติ Paired Sample t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการตามโปรแกรมส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตามสมมติฐาน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยค่าสถิติ Paired Samples Statistics

ประเด็นเปรียบเทียบ	$\bar{x}$	N	Std.Deviation	Std. ErrorMean
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนทดลอง	0.77	33	0.07	0.01
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงหลังทดลอง	0.88	33	0.05	<0.001*

*p-value < 0.05

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมสูงขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.751 และ 0.754 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนต่าง (Mean Difference) เท่ากับ 0.03 มิลลิเมตรปรอท (95%CI = 0.001 ถึง 0.007, $p < 0.001$) ซึ่งผลการทดสอบทางสถิติ Paired Sample t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า การดำเนินการตามโปรแกรมในระยะเวลาที่กำหนด ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตามสมมติฐาน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุม ด้วยค่าสถิติ t-test (Paired Samples Statistics)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุม	0.751	0.10	0.754	0.10	32	-2.93	<0.001*

*p-value < .05

2.2 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.60 และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.40 และไม่พบอยู่ในระดับต่ำ ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย พบว่า มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง ร้อยละ 100 ไม่พบอยู่ในระดับปานกลาง และระดับต่ำ ดังตารางที่ 5

กลุ่มควบคุม พบว่า มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.70 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.30 และไม่พบอยู่ในระดับต่ำ ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย พบว่า มีระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงร้อยละ 84.80 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 15.20 ระดับต่ำไม่มี ดังตารางที่ 5



ตารางที่ 5 ระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง (n=33,n=33)

ประเด็น เปรียบเทียบ	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง					
	สูง (105-135 คะแนน)		ปานกลาง (75-104 คะแนน)		ต่ำ (45-74คะแนน)	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
กลุ่มทดลอง(n=33)						
ก่อนทดลอง	21	63.60	12	36.40	0	0.00
หลังทดลอง	33	100	0	0.00	0	0.00
ก่อนทดลอง $\bar{X}$ =105.27 S.D.=4.76 Max= 113 Min=105 หลังทดลอง $\bar{X}$ =119.18 S.D.=4.11 Max= 127 Min=111						
กลุ่มควบคุม(n=33)						
ก่อนทดลอง	24	72.70	9	27.30	0	0.00
หลังทดลอง	28	84.80	5	15.20	0	0.00
ก่อนทดลอง $\bar{X}$ =106.78 S.D.=4.38 Max= 115 Min=92 หลังทดลอง $\bar{X}$ =108.00 S.D.=4.12 Max= 115 Min=95						

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.33 และ 2.64 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนต่าง (Mean Difference) เท่ากับ -0.31 (95%CI=0.15 ถึง 0.47) ซึ่งผลการทดสอบทางสถิติ Paired Simple t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการตามโปรแกรมส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองด้วยค่าสถิติ Paired Samples Statistics

ประเด็นเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	N	Std.Deviation	Std.Error Mean
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนทดลอง	2.33	33	0.10	0.01
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังทดลอง	2.64	33	0.09	0.01

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 และ 2.40 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนต่าง (Mean Difference) เท่ากับ -0.03 (95%CI = 0.017 ถึง 0.043, p < 0.001) ซึ่งผลการทดสอบทางสถิติ Paired Sample t-test พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมหลังทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 7



ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองด้วยค่าสถิติ Paired Samples Statistics

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	Sig.
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง	2.37	0.09	2.40	0.09	32	-5.28	<0.001*

*p-value < .05

2.3 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP) ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 115-129 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 66.70 , ระดับ ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 21.20 และระดับ 130-139 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 12.10 ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 115-129 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 84.90 ระดับ 130-139 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 15.10 และไม่มีผู้ที่มีระดับความดันโลหิต ≥ 140 มิลลิเมตรปรอท ดังตารางที่ 8

กลุ่มควบคุม พบว่า มีระดับความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 115-129 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 42.40 รองลงมาคือระดับ 130-139 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 39.40 และระดับ ≥ 140 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 18.20 ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 115-129 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 42.40 รองลงมาคือระดับ 130-139 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 33.30 และระดับ ≥ 140 มิลลิเมตรร้อยละ 24.30 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)ก่อนและหลังการทดลอง (n=33,n=33)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)					
	(115-129 มม.ปรอท)		(130-139 มม.ปรอท)		(≥ 140 มม.ปรอท)	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
กลุ่มทดลอง(n=33)						
ก่อนทดลอง	22	66.70	4	12.10	7	21.20
หลังทดลอง	28	84.90	5	15.10	0	0.00
ก่อนทดลอง $\bar{X}$ =128.60 S.D.=9.36 Max= 150 Min=115 หลังทดลอง $\bar{X}$ =122.75 S.D.=6.66 Max= 139 Min=110						
กลุ่มควบคุม(n=33)						
ก่อนทดลอง	14	42.4	13	39.4	6	18.2
หลังทดลอง	14	42.4	11	33.3	8	24.3
ก่อนทดลอง $\bar{X}$ =131.06 S.D.=10.09 Max= 153 Min=115 หลังทดลอง $\bar{X}$ =131.51 S.D.=9.82 Max= 153 Min=118						

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 128.66 ขณะที่ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่า คือ 122.75 ดังตารางที่ 9



ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP) ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยค่าสถิติ Paired Samples Statistics

ประเด็นเปรียบเทียบ	$\bar{x}$	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)ก่อนทดลอง	128.60	33	9.36	1.62
ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)หลังทดลอง	122.75	33	6.66	1.15

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับความดันโลหิตค่าบน (SBP) ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 128.60 และ 122.75 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนต่าง (Mean Difference) เท่ากับ 5.85 มิลลิเมตรปรอท (95%CI = 3.308 ถึง 8.392, $p < 0.001$) ซึ่งผลการทดสอบทางสถิติ Paired Sample t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการตามโปรแกรมในระยะเวลาที่กำหนดส่งผลให้ระดับความดันโลหิตค่าบนของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยค่าสถิติ t-test (Paired Samples Statistics)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	Sig.
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าบน(SBP)	128.60	9.36	122.75	6.66	32	4.06	<0.001*

*p-value < .05

2.4 ผลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตค่าบน(DBP) ก่อนและหลังทดลอง

กลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 70-89 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 81.80 รองลงมา คือ ระดับ ≥ 90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 12.10 และระดับ 60-69 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 6.10 ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการวิจัย พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 70-89 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 97.70 และมีระดับความดันโลหิต ≥ 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 3.00 ดังตารางที่ 11

กลุ่มควบคุม พบว่า มีระดับความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 70-89 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 78.80 รองลงมา คือ ระดับ 60-69 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 18.20 และระดับ ≥ 90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 3.00 ส่วนหลังการเข้าร่วมการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 70-89 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 84.90 รองลงมา คือ ระดับ 60-69 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 12.10 และมีระดับความดันโลหิต ≥ 90 มิลลิเมตรปรอทร้อยละ 3.00 ดังตารางที่ 11



ตารางที่ 11 ระดับความดันโลหิตค่าบน(DBP)ก่อนและหลังการทดลอง (n=33,n=33)

ประเด็น เปรียบเทียบ	ระดับความดันโลหิตค่าล่าง(DBP)					
	(60-69 มม.ปรอท)		(70-89 มม.ปรอท)		(≥90 มม.ปรอท)	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
กลุ่มทดลอง(n=33)						
ก่อนทดลอง	2	6.10	27	81.80	4	12.10
หลังทดลอง	0	0.00	32	97.0	1	3.00
ก่อนทดลอง $\bar{X}$ =80.63 S.D.=7.78 Max= 101 Min=65 หลังทดลอง $\bar{X}$ =78.87 S.D.=5.53 Max= 90 Min=70						
กลุ่มควบคุม(n=33)						
ก่อนทดลอง	6	18.2	26	78.80	1	3.00
หลังทดลอง	4	12.10	28	84.90	1	3.00
ก่อนทดลอง $\bar{X}$ =76.87 S.D.=9.61 Max= 93 Min=60 หลังทดลอง $\bar{X}$ =78.45 S.D.=8.61 Max= 90 Min=62						

จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าล่าง(DBP)ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ย 80.63 ขณะที่ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าล่าง(DBP)หลังทดลอง มีค่าเฉลี่ย 78.86 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความดันโลหิตค่าล่าง(DBP)ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยค่าสถิติ Paired Samples Statistics

ประเด็นเปรียบเทียบ	$\bar{X}$	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าล่าง(DBP)ก่อนทดลอง	80.63	33	7.78	1.35
ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าล่าง(DBP)หลังทดลอง	78.87	33	5.53	0.96

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับความดันโลหิตค่าต่ำ (DBP) ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.63 และ 78.87 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนต่าง (Mean Difference) เท่ากับ 1.76 มิลลิเมตรปรอท (95%CI = 0.999 ถึง 4.519, p = 0.20) ซึ่งผลการทดสอบทางสถิติ Paired t-test พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการดำเนินการตามโปรแกรมในระยะเวลาที่กำหนดยังไม่ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตค่าต่ำของกลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 13



ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าบน(DBP)ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ด้วยค่าสถิติ t-test (Paired Samples Statistics)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	Sig.
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตค่าล่าง(DBP)	80.63	7.78	78.87	5.53	32	1.30	0.20*

*p-value < .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลอง ซึ่งใช้ระบบการดูแลรูปแบบใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญในหลายด้าน ได้แก่

ข้อที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น อย่างชัดเจนหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลและความรู้ที่เจาะจงรายกลุ่ม และรายบุคคล การใช้สื่อประกอบ และการพูดคุยให้ความรู้ในเรื่องต่างๆ เช่น การลดน้ำหนัก การปรับอาหาร การออกกำลังกาย การจำกัดแอลกอฮอล์และการเลิกบุหรี่ ผ่านกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นรายกลุ่ม (3-5 คน) โดยทีมสุขภาพและการใช้สื่อประกอบ รวมถึงการติดตามซักถามอย่างต่อเนื่องผ่านโทรศัพท์หรือ Line Application อย่างต่อเนื่องเป็นหัวใจสำคัญในการเสริมสร้างความเข้าใจของผู้ป่วย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ (เบญจวรรณ วงษ์รอด, 2565) และ (วิภาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์, และจันทร์จิรา อินจัน, 2562) แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ความรู้แทบไม่เปลี่ยนแปลง

ข้อที่ 2 ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มทดลองแสดงให้เห็นถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยร้อยละ 100 ของผู้ป่วยมีพฤติกรรมในระดับสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งรวมถึงการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเสี่ยงอื่นๆ การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลมาจากการให้คำแนะนำที่เฉพาะเจาะจง มีการเน้นเรื่อง "การประเมินพฤติกรรม" และ "การให้คำแนะนำ" ที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายโดยเฉพาะ ผ่านการซักถามเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมี "การติดตามอย่างต่อเนื่อง" และ "การส่งเสริมให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม" ในการดูแล ซึ่งเป็นการสร้างแรงจูงใจและความใส่ใจอย่างใกล้ชิด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ (ศิรินทรา ดั่งใส และทิพมาศ ชินวงศ์, 2564)

ข้อที่ 3 ระดับความดันโลหิตค่าบน (SBP) ของผู้ป่วยกลุ่มทดลองลดลงจากค่าเฉลี่ยที่ 128.60 มิลลิเมตรปรอท เป็น 122.75 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ร้อยละ 100 (น้อยกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท) ซึ่งหมายความว่าไม่มีผู้ป่วยคนใดมีค่า SBP สูงเกินเกณฑ์อีกต่อไป การลดลงของความดันโลหิตในกลุ่มทดลองไม่ได้มาจากปัจจัยเดียว แต่เป็นผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยเอง โดยได้รับแรงสนับสนุนจากระบบใหม่ การที่ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ความดันโลหิตลดลงตามไปด้วย นอกจากนี้ ระบบยังมีการติดตามวัดระดับความดันโลหิตที่บ้านทุกวัน ซึ่งช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและ



บุคลากรทางการแพทย์ ทราบถึงความก้าวหน้าและสามารถปรับแผนการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ และส่งผลต่อการพิจารณาปรับขนาดยาให้เหมาะสม นำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

ข้อที่ 4 ระดับความดันโลหิตค่าล่าง (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน ความสำเร็จในการควบคุมระดับความดันโลหิตนี้แสดงให้เห็นถึงระบบการดูแลแบบบูรณาการที่เน้นการปรับพฤติกรรมควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์มีประสิทธิภาพสูงกว่าการรักษาแบบเดิม โดยกลุ่มควบคุมยังคงมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตค่าบนได้ร้อยละ 24.30 แต่ยังพบข้อสังเกตในส่วนของระดับความดันโลหิตค่าล่าง (DBP) ที่ลดลงยังไม่แตกต่างอย่างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากระดับความดันโลหิตค่าล่าง (DBP) ที่มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าค่าระดับความดันโลหิตค่าบน (SBP) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดังเช่นการศึกษาของ (ธนาพร ปะตาทะโย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และ มุกดา หนูศรี, 2563) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แต่ความดันโลหิตค่าล่าง (DBP) ลดลง ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อสังเกตของงานวิจัยนี้ที่ DBP ไม่ตอบสนองต่อโปรแกรมได้อย่างชัดเจนเท่า SBP และระยะเวลาการศึกษาและเก็บข้อมูลที่ใช้เวลาเพียง 3 เดือน อาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับ DBP ความดันโลหิตค่าล่าง (DBP) เท่าที่ควรจะเป็นตามสมมติฐาน ซึ่งอาจไม่ตรงตามงานวิจัยของ (ปวีตรา สุทธิธรรม, 2566) ทั้งหมด

ข้อที่ 5 ความพึงพอใจและจุดแข็งของระบบผู้ป่วยในกลุ่มทดลองแสดง ความพึงพอใจอย่างมากต่อระบบใหม่นี้ โดยระดับค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.14 ในระดับมาก โดยเฉพาะในด้านความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้อบรม ความเหมาะสมของวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และความเหมาะสมของสื่อประกอบการให้ความรู้ มีระดับค่าคะแนนอยู่ในระดับมากที่สุด ความพึงพอใจนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแนวทางที่แนะนำ

สำหรับระบบการดูแลรูปแบบใหม่ เป็นระบบที่เน้นการให้ความรู้ คำแนะนำ การประเมินพฤติกรรม และการติดตามผลอย่างเป็นระบบ การที่ระบบใหม่มีการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยโดยตรง รวมถึงการกระตุ้นและแสดงถึงความห่วงใยช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วย ทำให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ผ่านมา (ปวีตรา สุทธิธรรม, 2566) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และลดระดับความดันโลหิตค่าบน (เบญจวรรณ วงษ์รอด, 2565) พบว่าโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ พฤติกรรม และความดันโลหิตที่ดีขึ้น (วิภาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์, และ จันทรจิรา อินจัน, 2562) พบว่าโปรแกรมสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (ศิรินทรา ด้วงใส และทิพมาศ ชิมวงศ์, 2564) พบว่าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองช่วยให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น ความสอดคล้องเหล่านี้ยืนยันว่าการใช้กลยุทธ์ที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการติดตามอย่างเป็นระบบ เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้



การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะเคียน รูปแบบใหม่ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ซึ่งแตกต่างจากระบบการดูแลเดิมที่เน้นเพียงการตรวจรักษาและให้ยา ระบบใหม่นี้เน้นการให้ความรู้ การให้คำแนะนำ การประเมินพฤติกรรม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (Line Application) ร่วมกับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรพิจารณานำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะประชากรและทรัพยากรใกล้เคียงกัน โดยอาจเริ่มในรูปแบบโครงการนำร่อง เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและลดความชุกของการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย

2. เนื่องจาก การใช้กลุ่ม Line Application เป็นช่องทางหลักในการสื่อสารและติดตามผล แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยอย่างชัดเจน จึงควรมีการพัฒนาช่องทางนี้ให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้นในอนาคต โดยเน้นการสร้างระบบการทำงานอัตโนมัติ เช่น การพัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ สำหรับการวัดความดันโลหิตหรือการรับประทานยา หรือ การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ที่ผู้ป่วยบันทึกผ่าน Line เข้ากับฐานข้อมูลของหน่วยบริการโดยตรง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามผล ลดภาระงานของบุคลากร และให้ข้อมูลแบบเรียลไทม์

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในมิติที่หลากหลายมากขึ้น เพื่อให้มั่นใจว่าระบบการดูแลนี้ไม่เพียงแต่ให้ผลลัพธ์ที่ดีในระยะสั้น แต่ยังมีคามยั่งยืนและคุ้มค่าในระยะยาว โดยเน้นการประเมิน ผลลัพธ์ของการควบคุมระดับความดันโลหิตในระยะยาว (เช่น 6 เดือน ถึง 1 ปี) รวมถึงการศึกษา ความคุ้มค่าของการใช้ระบบการดูแลรูปแบบใหม่นี้ เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลแบบปกติ

4. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจ กลไกดำเนินการในแต่ละปัจจัย เช่น ความถี่ของการติดตามผ่าน Line, รูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล, หรือการให้ผู้ป่วยส่งภาพถ่ายอาหาร ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการลดลงของระดับความดันโลหิตอย่างไร เพื่อให้สามารถปรับปรุงวิธีการ/กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และกำหนดระยะเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดกับบริบทที่หลากหลายในพื้นที่ต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แนวทางการจัดการเมื่อพบผู้รับบริการมีความดันโลหิตสูง
ในโรงพยาบาล. สืบค้น จาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge.php>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). ปัจจัยการเกิดโรคความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก
<http://dpc2.ddc.moph.go.th/infopublic/data/2/pic/25.doc>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการดำเนินงานสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้
ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปี 2567. สืบค้นจาก [https://healthmedia.hss.moph.go.th/
wp-content/uploads/2024/03/171120230602058437_news-1.pdf](https://healthmedia.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/03/171120230602058437_news-1.pdf)
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). หุ่นดี สุขภาพดีง่ายแค่ปรับ 4 พฤติกรรม. สืบค้นจาก
[https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web- upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/
filecenter/Additional/005.pdf](https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/Additional/005.pdf)
- กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา. (2557). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์
ข้อมูล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2547). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- เบญจวรรณ วงษ์รอด, (2565). ผลของโปรแกรมโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ในตำบลฝักขวง อำเภอ
ทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปวีตรา สุทธิธรรม, (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับ
กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนายายอาม อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี,
วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ และวราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดย
การตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟ ฟิค แอนด์
ดีไซน์.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์, นิดา มีทิพย์, และจันทร์จิรา อินจัน. (2562). ผลของโปรแกรมสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
สำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลอง จังหวัดพิษณุโลก. วารสาร
พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 29(1), 153–165.
- ธนาพร ปะตาทะโย, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, และ มุกดา หนูศรี. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง อำเภอพลับพลาชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาล, 69(3), 1-10
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2566). สมุดประจำตัวผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูง. สืบค้นจาก <http://www.dms.moph.go.th/imrta>



- สมจิตต์ สินธูชัย, นุสราน นามเดช, ประไพ กิตติบุญญวัลย์, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, และปฐยาวัชร ปรากฏผล. (2564). การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม的自我จัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงในคลินิกหมอครอบครัว จังหวัดสระบุรี: สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: ทริค อินค์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (Thai Hypertension Society). (2567). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. สืบค้นจาก <http://www.thaihypertension.org>.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). โรคความดันโลหิตสูง ภัยเงียบในตัวเรา. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=234612>
- ศิรินทรา ด้วงใส และทิพมาศ ชินวงศ์. (2564). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองตามแบบ 5 เอ ต่อพฤติกรรม的自我จัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(4), 74-85.
- American Academy of Family Physicians. (2021). Continuity of care. Retrieved from <https://www.aafp.org/about/policies/all/continuity-coordination-care-long-term-care-facilities.html>
- Best, J. W. (1977). *Research in education (2nd ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall.
- Bloom, B. S. (1975). *Human characteristics and school learning*. New York, NY: McGraw Hill.
- Blood Pressure Association of Thailand. (2023). *Guidelines for the Treatment of Hypertension In General Practice*. Retrieved from : <https://thaihypertension.org/files/Guideline2024.pdf>
- Cohen J. Statistical Power Analysis. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dey, P. K., & Hariharan, S. (2006). Integrated approach to healthcare quality management: The role of patient safety and clinical risk management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(6), 506–519
- Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, Chalmers J, Rodgers A, Rahimi K. (2016). Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: asystematic review and meta-analysis.*The Lancet*, 387(10022), 957-967. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01225-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01225-8)
- Park, K. (2021). *Park's textbook of preventive and social medicine (26th ed.)*. Jabalpur: Banarsidas Bhanot.
- Rippe, J.M. (2019). *Lifestyle medicine (3rd ed.)*. Boca Raton, FL: CRC Press/Taylor & Francis.



- WHO. (2022). *World health organization Explore a world of health data Data GHO Indicator Metadata Register List Blood pressure/hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3155>
- WHO. (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>.
- WHO. (2013). *A global brief on hypertension Silent killer, global public health crisis*. Retrieved from: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_briefhypertension/en/



การเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth เขตสุขภาพที่ 2

ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์^{1*}, ภาณี หงษ์สุวรรณ² และวันทนา จินตวง¹

¹ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

²คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(Received: 24 มิถุนายน 2568; Revised: 20 กรกฎาคม 2568; Accepted: 29 สิงหาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา ทดลองใช้ และประเมินผลรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 14 คน ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้ Telehealth กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 27 คน และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ Telehealth กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสามี จำนวน 6 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้สิทธิ ความตั้งใจ และความพึงพอใจ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวคำถาม การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น ผลการวิจัย ระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกต่อบริการสุขภาพและสะท้อนว่าบุคคลในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขและครู มีอิทธิพลสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ ระยะที่ 2 ได้พัฒนา “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” หลังการทดลองใช้ พบว่าการรับรู้สิทธิผ่าน Telehealth ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ($p=.099$) และกลุ่มผู้ปกครอง ($p=.700$) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความตั้งใจใช้บริการของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ($p=.001$) และกลุ่มผู้ปกครอง ($p=.002$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ Telehealth พบว่า การพัฒนาควรียึดพฤติกรรมผู้ใช้บริบทท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญ รูปแบบ Telehealth ที่พัฒนาขึ้นมีศักยภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ข้อเสนอแนะควรนำไปปรับใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆให้เหมาะสมกับบริบทและความต้องการเฉพาะ รวมทั้งพัฒนาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: สิทธิประโยชน์, Telehealth, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, หญิงตั้งครรภ์, เด็ก 0-5 ปี

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ปิยพรรณ ตระกูลทิพย์; tra.piyaphan11@gmail.com



Accelerating Access to Perinatal Care through Telehealth in Preventive Health Benefit Packages

Piyaphan Trakultip^{1*}, Parinee Hongsuwan² and Wanshana Cheenduang¹

¹Health Center 2, Phitsanulok

²Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

(Received: 24 June 2025; Revised: 20 July 2025; Accepted: 29 August 2025)

Abstract

This research and development study aimed to explore the situation and develop, implement, and evaluate a Telehealth model to improve access to health promotion and disease prevention benefit packages in Health Region 2. The study was conducted in three phases: Phase 1 explored service accessibility among pregnant women and parents of children aged 0-5 years (n=14); Phase 2 developed and piloted a Telehealth model to improve access to health promotion and disease prevention among pregnant women and parents of children aged 0-5 years (n=27); And Phase 3 evaluated the Telehealth model from the perspective of the pregnant women and their spouses (n=6). Quantitative data were collected using questionnaires on rights awareness, intention to use services, and satisfaction, while qualitative data were obtained through focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed-Rank Tests, while the qualitative data were analyzed using thematic analysis. The results for Phase 1 revealed that participants showed positive attitudes toward health services and emphasized the important role of community members, such as village health volunteers and teachers, in facilitating access. In Phase 2, the “MorAnamai” LINE application was developed. After implementation, rights awareness through Telehealth showed no statistically significant differences among pregnant women ($p=.099$) or parents ($p=.700$). However, the intention to use services increased significantly among both groups (pregnant women, $p=.001$; parents, $p=.002$). In Phase 3, the evaluation highlighted the importance of user behavior, local context, and community networks in Telehealth development. The Telehealth model developed in this study has potential to enhance access to health promotion and disease prevention benefit packages. It is recommended that the model be adapted for other target groups in accordance with specific contexts and needs, and continuously developed to ensure effectiveness and sustainability in improving access to health services.

Keywords: health benefit entitlements, telehealth, access to health services, pregnant women, children aged 0-5 years

***Corresponding author:** Piyaphan Trakultip; tra.piyaphan11@gmail.com



บทนำ

แนวคิดหลักประกันสุขภาพ (Universal Health Coverage: UHC) ได้รับการส่งเสริมอย่างต่อเนื่องในระดับนานาชาติ โดยองค์การอนามัยโลก (Kieny & Evans, 2013) และองค์การสหประชาชาติ (Lee et al., 2016) ให้ความสำคัญในฐานะกลไกหลักต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรโลก ซึ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีคุณภาพ และเท่าเทียม โดยไม่ต้องเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายเกินสมควร แนวคิดดังกล่าวถือว่าการเชื่อมโยงระบบบริการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้มีรายได้น้อย ประเทศไทยซึ่งถือเป็นหนึ่งในประเทศต้นแบบของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ (Tangcharoensathien et al., 2015) ดำเนินงานโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่มีบทบาทในการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมทุกช่วงวัย มีความพยายามกระจายบริการสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มอายุอย่างทั่วถึง แต่ผลลัพธ์ในทางปฏิบัติกลับสะท้อนให้เห็นช่องว่างของการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยเฉพาะการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการลดภาระโรคและผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพ (World Health Organization, 2019) จากการรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า อัตราการเข้ารับบริการของประชาชนไทยอยู่ในระดับต่ำ โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.3 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นเพียงร้อยละ 33.1 ในปี พ.ศ. 2566 สะท้อนถึงความท้าทายในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชนในภาพรวม โดยเฉพาะหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2566) เขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วยจังหวัดตาก พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทั้งในด้านภูมิประเทศและโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ที่เป็นภูเขาและชนบทที่ห่างไกล ยังคงพบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) พบความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ พบว่า กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์น้อยกว่าเป้าหมาย เท่ากับร้อยละ 62.6, 74.4 และ 71.1 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 75) การดูแลหลังคลอดน้อยกว่าเป้าหมายเช่นกัน เท่ากับร้อยละ 75.1, 77.8 และ 72.2 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 75) (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567)

สำหรับในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2564-2566) พบว่า เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามาตรวจซ้ำภายใน 30 วัน และชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แนวโน้มลดลงต่ำกว่าเป้าหมาย กล่าวคือ ความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 90.7, 90.1, 82.5 ตามลำดับ (เป้าหมายร้อยละ 90) การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามาตรวจซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 83.7, 91.9, 82.5 (เป้าหมายร้อยละ 90) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง อยู่ที่ร้อยละ 64.2, 72.0, 78.8 (เป้าหมายร้อยละ 90) (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567) และผลการวัดระดับสติปัญญา (IQ) เด็กอายุ 6 ปี พ.ศ. 2564 พบว่า เขตสุขภาพที่ 2 มีค่าเฉลี่ย IQ เท่ากับ 104.07 และจังหวัดเพชรบูรณ์เด็กอายุ 6 ปีมี IQ เฉลี่ยต่ำสุดที่ 101.92 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2566; ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567) จากการทบทวนพบว่า IQ สัมพันธ์กับคุณภาพของบริการส่งเสริมสุขภาพในช่วงปฐมวัย รวมถึงความไม่ต่อเนื่องในการติดตามพัฒนาการ



จากการศึกษาของกัญญนัท ริปันโน และนภัชล รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวราร, ภาวรินทร์ หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ (2567) ได้ศึกษาในพื้นที่และกลุ่มประชากรใกล้เคียงกัน พบว่า การนำ Telehealth มาใช้ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน ช่วยให้ข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์แก้มือตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กปฐมวัย มีแนวโน้มเพิ่มการรับรู้สิทธิและความพึงพอใจต่อบริการได้ แต่อย่างไรก็ตาม ระบบดังกล่าว ยังไม่สอดคล้องกับบริบททางสังคมของพื้นที่ชนบทห่างไกล โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 2 พื้นที่บางส่วนยังคงมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ความห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานการสื่อสาร และสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันไปตามพื้นที่ ดังนั้น การพัฒนาระบบ Telehealth เพื่อใช้ในเขตสุขภาพที่ 2 จึงควรพิจารณาบริบทเฉพาะของพื้นที่ เพื่อให้มีการใช้งานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว ทั้งนี้ คำว่า “Telehealth” ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) หมายถึง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการให้บริการด้านสุขภาพเมื่อระยะทางเป็นปัจจัยสำคัญ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ถูกต้อง สำหรับการวินิจฉัย การรักษา การป้องกันโรคและการบาดเจ็บ การวิจัยและการประเมินผล โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน” ทั้งนี้ Telehealth ต้องครอบคลุมถึงการให้คำปรึกษาการติดตามผล การให้ความรู้ และการจัดการข้อมูลสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านการเดินทางและทรัพยากรบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นต่อยอดจากงานวิจัยก่อนหน้าของกัญญนัท ริปันโน และนภัชล รอดเที่ยง (2567) และเอกชัย เพียรศรีวราร, ภาวรินทร์ หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร และคณะ (2567) ซึ่งได้วิเคราะห์เชิงลึกเน้นการพัฒนา Telehealth ผ่านไลน์แอปพลิเคชันให้สอดคล้องกับการรับรู้และความตั้งใจต่อใช้งานที่เหมาะสมกับลักษณะพื้นที่ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 2 รวมถึงได้ศึกษามุมมองเกี่ยวกับการพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ในเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อการบูรณาการกับเครือข่ายชุมชน โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เข้ามามีบทบาทเพื่อส่งเสริมและเพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์อย่างยั่งยืน จนสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นได้อย่างเป็นระบบ

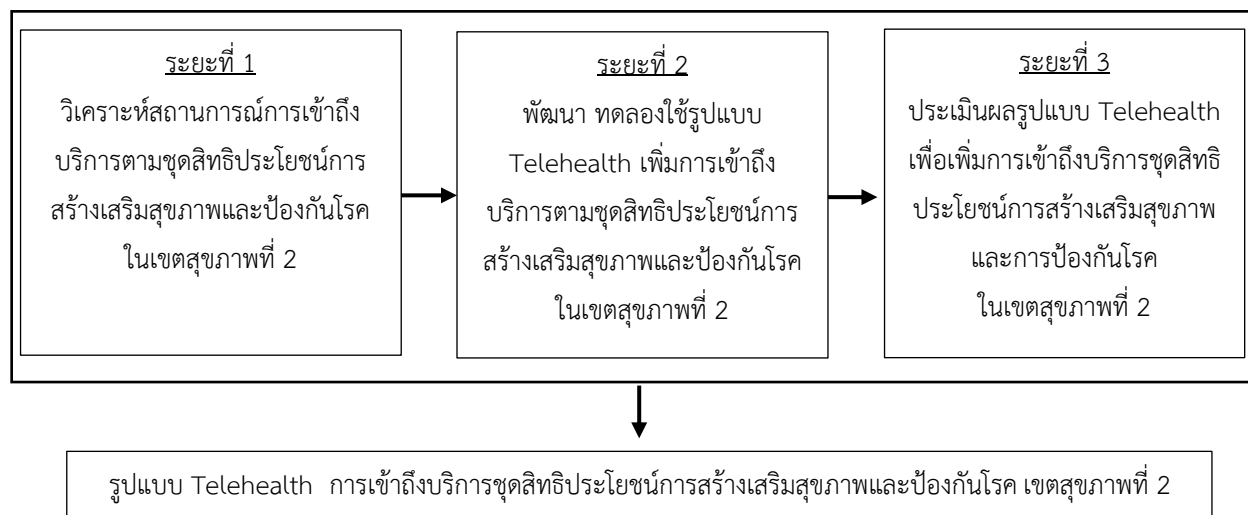
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน Telehealth ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ Telehealth ที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 2
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสามี เขตสุขภาพที่ 2



กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 2 ใช้การวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) ดำเนินการเข้ารหัสข้อมูลสองรอบ คือ รอบแรกสร้างรหัส (Codes) จากข้อมูลดิบ และรอบที่สองจัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes) พร้อมทั้งใช้ผู้วิเคราะห์มากกว่า 1 คน วิเคราะห์ข้อมูลแยกกัน แล้วนำผลการวิเคราะห์มาหารือและตรวจสอบความสอดคล้อง (Inter-coder agreement) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ (Credibility) ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ Telehealth โดยใช้กระบวนการ ADDIE Model ประกอบด้วย การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) เพื่อให้ได้รูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่จริง ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ Telehealth ที่พัฒนาขึ้นเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาต่อเนื่อง ทั้งนี้การออกแบบวิจัยเชิงปริมาณได้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Design) เนื่องจากศึกษาในพื้นที่ห่างไกลในเขตสุขภาพที่ 2 ทำให้มีข้อจำกัดด้านการสุ่มตัวอย่าง และไม่สามารถจัดให้กลุ่มควบคุมถูกจำกัดสิทธิการเข้าถึงบริการได้ตามหลักจริยธรรม จึงเลือกใช้รูปแบบที่ยืดหยุ่นและสามารถประเมินผลได้อย่างเป็นระบบ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการการวิจัย การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 2 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566-กรกฎาคม 2567 แบ่งการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเขตสุขภาพที่ 2 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2 พัฒนา ทดลองใช้รูปแบบ Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group pre-post-test designs) และขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 2 ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ขั้นตอนนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการวิจัยโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการและบุคลากรภาครัฐที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดตาก พิจิตร โลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุดรดิตถ์ จำนวน 129,025 คน (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการและบุคลากรภาครัฐที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางระกำ จังหวัดพิจิตร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 14 คน แบ่งเป็น หญิงตั้งครรภ์ 7 คน และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี 7 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามประเด็นวิจัย และดำเนินการจนกว่าจะได้ข้อมูลที่มีความอิ่มตัว กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับบริการตามสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีสัญชาติไทย สามารถฟัง พูด อ่านเขียนภาษาไทยได้ มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนและสามารถเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถมาเข้าร่วมวิจัยได้

พื้นที่วิจัย คือ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิจิตร กำหนดพื้นที่โดยใช้หลักเกณฑ์คัดเลือก 1 จังหวัด และ 1 อำเภอ ในเขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยคัดเลือกจังหวัด โดยสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก ผลการสุ่มได้จังหวัดพิจิตร จากนั้นทำการสุ่มอำเภอภายในจังหวัดพิจิตร ซึ่งมีทั้งหมด 9 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองพิจิตร พรหมพิราม บางระกำ บางกระทุ่ม วังทอง วัดโบสถ์ เนินมะปราง นครไทย และชาติตระการ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายด้วยการจับฉลากเช่นเดียวกัน ผลการสุ่มได้ อำเภอบางระกำ

เครื่องมือการวิจัย ผู้วิจัยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ปรับปรุงโดยอิงจากแนวคำถามเดิมที่พัฒนาโดย ภัฏญนัท ธิปโน และนภัชช รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวิธา, ภารินี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ



(2567) ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิประโยชน์บริการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กปฐมวัยในพื้นที่ใกล้เคียงกัน แนวคำถามในงานวิจัยนี้มุ่งประเด็นเกี่ยวกับความตั้งใจการเข้าถึงบริการผ่านเทคโนโลยี ประกอบด้วย 1) ความประทับใจเกี่ยวกับการใช้บริการด้านสุขภาพ 2) ความรู้สึกเมื่อต้องใช้บริการด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก 3) ปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างที่ทำให้ไม่สะดวกต่อการใช้บริการผ่านแอปพลิเคชันต่างๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก 4) ความตั้งใจเข้าถึงบริการผ่านช่องทางต่างๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพแนวคำถามการสนทนากลุ่ม โดยพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญงานอนามัยแม่และเด็ก พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็ก และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย เพื่อประเมินแต่ละข้อคำถามในระดับ -1, 0 และ +1 ผลการคำนวณค่า IOC ของข้อคำถามเท่ากับ 1 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.50 (บุญธรรม, 2557; Lynn, 1986) แสดงว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

ระยะที่ 2 พัฒนา ทดลองใช้รูปแบบ Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคโดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 2 ดำเนินการวิจัยดังนี้

2.1 ขั้นตอนการพัฒนา ผู้วิจัยใช้โมเดล ADDIE (A-D-D-I-E Model) (Branch & Varank, 2009) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ดำเนินการโดยผู้วิจัยได้ใช้ผลการศึกษาในระยะที่ 1 และร่วมเป็นทีมพัฒนากับกัญญ์ณัฏฐ์ ธิปโน และนัชชา รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวราร, ภาวณี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ (2567) มีบทบาทสนับสนุนข้อมูลจากพื้นที่ภาคสนามของเขตสุขภาพที่ 2 และมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบ Telehealth ให้สอดคล้องกับบริบทของประชากรในเขตสุขภาพที่ 2

2.2 ขั้นตอนการทดลองรูปแบบ Telehealth ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group pre-post-test designs) ดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการและบุคลากรภาครัฐที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 12,077 คน (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007; Kang, 2021) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มเดียว โดยประมาณขนาด Effect size (d) เท่ากับ 0.80 (Landry, 2012) และกำหนด $\alpha=0.05$ อำนาจทดสอบ เท่ากับ 0.60 ผลการคำนวณ



ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 14 คน เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการวิจัย จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) เหมือนระยะที่ 1 ทั้งนี้ ขนาดตัวอย่างของงานวิจัยนี้ค่อนข้างเล็ก อาจมีผลทางสถิติที่ลดลงและมีผลกระทบจากความแปรปรวนหรือค่าผิดปกติ ทำให้ผลที่ได้ อาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังทุกพื้นที่หรือทุกกลุ่มประชากรได้ เพราะลักษณะประชากรหรือบริบทพื้นที่อาจแตกต่างกัน ดังนั้น การตีความผลการวิจัยนี้จึงเป็นเฉพาะขอบเขตของกลุ่มตัวอย่างและบริบทพื้นที่ศึกษาเท่านั้น

พื้นที่วิจัย คือ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ คัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) เลือกจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย จังหวัดตาก พิจิตร โลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ 2) เป็นจังหวัดที่มีข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของมารดาไทยสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 2 ปี พ.ศ. 2566 3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 4) มีความพร้อมด้านบุคลากรและเครือข่ายชุมชนที่สามารถให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน และ (5) เป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางบริบททั้งด้านภูมิศาสตร์ สังคม และการจัดบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ข้างต้น พบว่า จังหวัดเพชรบูรณ์ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกอำเภอเพื่อเป็นพื้นที่ศึกษา โดยใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากจากรายชื่ออำเภอทั้งหมด 11 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ หล่มสัก หล่มเก่า เขาค้อ วิเชียรบุรี วังโป่ง หนองไผ่ บึงสามพัน ศรีเทพ น้ำหนาว และชนแดน ผลการจับสลากได้ อำเภอเขาค้อ เป็นพื้นที่ศึกษา ในครั้งนี้ อำเภอเขาค้อมีลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขาสูง หมู่บ้านกระจายตัวอยู่ตามเชิงเขา หลายชุมชนตั้งอยู่ห่างจากสถานบริการสุขภาพ การเดินทางเพื่อเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีข้อจำกัด บางพื้นที่ต้องใช้เวลาเดินทางเกิน 30-60 นาที โครงสร้างประชากรเป็นชนบทและมีชนกลุ่มน้อยอาศัยอยู่ วิถีชีวิตและวัฒนธรรมมีความหลากหลาย รวมทั้งมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐานและการเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศ บริบทดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบบริการที่สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึงและเหมาะสมกับพื้นที่

เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้สิทธิ ความตั้งใจใช้บริการ และความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงโดยอิงจากแบบสอบถาม “การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์” ที่พัฒนาโดย กัญญนัท ธิปโน และนภัชล รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวราร, ภาวสินี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ (2567) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา การมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สิทธิประโยชน์

2.1 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การรับบริการฝากครรภ์ บริการตรวจหลังคลอด บริการเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) ได้แก่ ไม่ทราบ=1 คะแนน เคยได้ยินสิทธิบ้าง=2 คะแนน ทราบสิทธิปานกลาง=3 คะแนน ทราบสิทธิค่อนข้างชัดเจน=4 คะแนน และทราบสิทธิ



ละเอียดและมั่นใจว่าใช้สิทธิได้ การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best & Kahn, 1997) ได้แก่ คะแนน 35-50 การรับรู้อยู่ในระดับสูง, คะแนน 20-34 การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 5-19 การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

2.2 สำหรับผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ได้แก่ การตรวจคัดกรองเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการ การได้รับวัคซีน การเจริญเติบโต สายตา จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) ได้แก่ ไม่ทราบ=1 คะแนน เคยได้ยินสิทธิบ้าง=2 คะแนน ทราบสิทธิปานกลาง=3 คะแนน ทราบสิทธิค่อนข้างชัดเจน=4 คะแนน และทราบสิทธิละเอียดและมั่นใจว่าใช้สิทธิได้ การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best & Kahn, 1997) ได้แก่ คะแนน 25-35 การรับรู้อยู่ในระดับสูง, คะแนน 15-24 การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนน 5-14 การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ความตั้งใจใช้บริการ Telehealth แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

3.1 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การให้คำแนะนำที่จำเป็น เช่น การดูแลครรภ์ การวางแผนครอบครัว โรงเรียนพ่อแม่ การประเมินสุขภาพจิต การแนะนำเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) ได้แก่ ไม่ใช้เลย=1 คะแนน มีแนวโน้มจะใช้น้อย=2 คะแนน มีแนวโน้มใช้ปานกลาง=3 คะแนน มีแนวโน้มใช้ค่อนข้างมาก=4 และมีแนวโน้มใช้แน่นอน=5 คะแนน การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best & Kahn, 1997) ได้แก่ คะแนน 19-25 ระดับความตั้งใจสูง, คะแนน 12-18 ระดับความตั้งใจปานกลาง และ คะแนน 5-11 ระดับความตั้งใจต่ำ

3.2 สำหรับผู้ปกครองเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ บริการส่งเสริมและป้องกันโรค ประเมินพัฒนาการ ประเมินการเจริญเติบโต ปัญหาโรคทั่วไป การให้วัคซีน การได้รับยารักษาหลัก ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) ได้แก่ ไม่ใช้เลย=1 คะแนน มีแนวโน้มจะใช้น้อย=2 คะแนน มีแนวโน้มใช้ปานกลาง=3 คะแนน มีแนวโน้มใช้ค่อนข้างมาก=4 และมีแนวโน้มใช้แน่นอน=5 คะแนน การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best & Kahn, 1997) ได้แก่ คะแนน 21-25 ความตั้งใจสูง, คะแนน 13-20 ความตั้งใจปานกลาง และ คะแนน 5-12 ความตั้งใจต่ำ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ความพึงพอใจต่อการใช้งานด้านความสะดวก ความเสถียร และความพึงพอใจ ข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัด (Rating scale) ได้แก่ ไม่เห็นด้วย=1 คะแนน เห็นด้วย=2 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง=3 คะแนน เห็นด้วยมาก=4 คะแนน และเห็นด้วยมากที่สุด=5 คะแนน การแปลผลค่าเฉลี่ยพิจารณาแบ่งช่วงตามเกณฑ์ของลินด์เนอร์ (Lindner & Lindner, 2024) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 =ระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 =ระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 =ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 =ระดับพอใช้ และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 =ระดับปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามในระยะที่ 2 โดยพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of



Item-Objective Congruence: IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เหมือนระยะที่ 1 ผลการคำนวณพบว่าค่า IOC ของข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.50 (บุญธรรม, 2557; Lynn, 1986) แสดงว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนของการรับรู้สิทธิประโยชน์ ความตั้งใจใช้บริการ Telehealth และความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์ได้เท่ากับ 0.83, 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด คือ ≥ 0.70 (บุญธรรม, 2557) แสดงว่าแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นในระดับดีและสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 2 ระยะนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการวิจัยโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ดังนี้

ประชากร คือ หญิงตั้งครรภ์และสามี ที่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการข้าราชการและบุคลากรภาครัฐที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 740 คน (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ, 2567)

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ และสามี ที่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 6 คน สามีหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 3 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) เหมือนระยะที่ 1

พื้นที่วิจัย คือ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการคัดเลือกโดยใช้วิธีแบบเฉพาะเจาะจงเนื่องจากเป็นพื้นที่ทดลองในระยะที่ 2

เครื่องมือการวิจัย คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ซึ่งได้ปรับปรุงโดยอิงจากแนวคำถามที่พัฒนาโดย กัญญนัท ธิปันโน และนภัชล อดเทียม (2567); เอกชัย เพียรศรีวิธา, ภาวณี หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ (2567) แนวคำถามในงานวิจัยนี้มุ่งประเด็นเกี่ยวกับมุมมองการพัฒนา Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย (1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับบริการผ่านช่องทางออนไลน์ (2) ประสิทธิภาพการให้บริการด้านสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก (3) ข้อเสนอแนะการพัฒนาหรือการให้บริการผ่านช่องทางออนไลน์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เหมือนระยะที่ 1 ผลการ



คำนวณพบว่าค่า IOC ของข้อคำถามเท่ากับ 1 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ 0.50 (บุญธรรม, 2557; Lynn, 1986) แสดงว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2566 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยทีมผู้วิจัยที่ได้รับการอบรมทำความเข้าใจข้อคำถามและสาธิตฝึกปฏิบัติก่อนเก็บข้อมูล จัดการสนทนากลุ่ม เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 หญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที บันทึกข้อมูลทั้งแบบเสียงและภาคสนามโดยทีมผู้ช่วยนักวิจัย

ระยะที่ 2 พัฒนา ทดลองใช้รูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-Group pre-post-test designs) ในเดือนกันยายน 2566-กุมภาพันธ์ 2567 ดำเนินการติดตามกลุ่มตัวอย่างโดยการสร้างกลุ่มสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ เพื่อส่งข่าวสาร แจ้งกำหนดการเก็บข้อมูล และให้คำแนะนำการใช้บริการ Telehealth และเก็บข้อมูลโดยทีมผู้วิจัยที่ได้รับการอบรมทำความเข้าใจข้อคำถามและสาธิตฝึกปฏิบัติก่อนเก็บข้อมูล ใช้แบบสอบถามการรับรู้สิทธิ ความตั้งใจใช้บริการและความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth ก่อนทดลอง (Pre-test) และหลังทดลอง (Post-test) ในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเขตสุขภาพที่ 2 ในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2567 ดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยทีมผู้วิจัยที่ได้รับการอบรมทำความเข้าใจข้อคำถามและสาธิตฝึกปฏิบัติก่อนเก็บข้อมูล จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที บันทึกข้อมูลทั้งแบบเสียงและภาคสนามโดยทีมผู้ช่วยนักวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา รายได้
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สิทธิ และความตั้งใจใช้บริการต่อการใช้ Telehealth ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test
3. วิเคราะห์ความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic Analysis) การเข้ารหัสสองรอบ (Initial Coding และ Focused Coding) และจัดกลุ่มประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes) พร้อมตรวจสอบความสอดคล้องโดยผู้วิเคราะห์มากกว่า 1 คนเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์



จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษยกรมนามัย โบอนุมัติจาก คณะกรรมการ รหัส 639/2566 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2566 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าและการถอนตัวไม่มีผลกระทบต่อมารับบริการ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความตั้งใจในการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ผู้วิจัยได้สรุปตามกรอบทฤษฎี Theory of Planned Behavior (TPB) (Glanz et al., 2008) สรุปผลได้ดังนี้

ด้านเจตคติต่อพฤติกรรม (Attitude toward behavior) จากการสนทนากลุ่มสะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกต่อการใช้บริการ เช่น “เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดี ประทับใจในการบริการที่เป็นมิตร” “หมอเก่ง ทำให้ลูกไม่ร้องไห้” เมื่อสอบถามถึงประสบการณ์การใช้ Telehealth เช่น แอปพลิเคชัน “แม่และเด็ก” หรือ “เฟสบุ๊ก กลุ่มแม่และลูก” พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงลบซึ่งไม่สามารถตอบโจทย์ตามความต้องการเฉพาะได้ เช่น “บางอย่างก็ไม่ละเอียดพอ ต้องมาคุยกับหมอมากกว่า” จากข้อมูลสรุปประเด็นหลักได้ว่าเจตคติเชิงบวกต่อการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบ เฉลี่ยหน้า แต่ต้องการ Telehealth ให้สามารถโต้ตอบและให้ข้อมูลชัดเจน เพื่อเพิ่มการยอมรับและใช้งานในได้มากขึ้น

ด้านอิทธิพลจากสังคมหรือบุคคลสำคัญ (Subjective Norm) จากการสนทนากลุ่ม พบว่า แรงสนับสนุนจาก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการ และมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการ เช่น “อสม. โทรมาบอกให้ไปฉีดวัคซีน ยายก็พาหลานไปฉีดวัคซีน” “ครูให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ พาเด็กไปทำฟัน การฉีดวัคซีน ผ่านกลุ่มไลน์ของคุณยัยเด็กเล็ก” อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสิทธิประโยชน์ยังไม่ทั่วถึงกลุ่มที่ไม่ได้ พุดคุยกับเจ้าหน้าที่โดยตรงมักจะขาดข้อมูล จากข้อมูลสรุปประเด็นหลักได้ว่า การใช้เครือข่ายผู้มีอิทธิพลในชุมชน เช่น อสม. ครู หรือผู้ใหญ่บ้าน เป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นการให้บริการทั้งแบบพบหน้าและผ่านระบบออนไลน์

ด้านการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived Behavioral Control) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า สามารถสะดวกเดินทางและไม่มีอุปสรรคต่อการมารับบริการ ใช้เวลา 5-20 นาที และค่าใช้จ่ายต่ำ เช่น “บ้านอยู่ไม่ไกล ใช้เวลาแค่สิบนาทีถึงอนามัย” สำหรับการเข้าถึงบริการ Telehealth พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วน สามารถควบคุมการใช้งานได้ แต่ยังมีข้อจำกัด เช่น “สามารถควบคุมพฤติกรรมให้ใช้บริการผ่านระบบออนไลน์ได้” “ยายที่ เลี้ยงหลาน ไม่มีทักษะการใช้งานแอปพลิเคชัน หรือสมาร์ทโฟน” “เจ้าหน้าที่น้อยอาจทำให้ไม่สามารถตอบสนองและ ให้บริการแบบออนไลน์ได้ โดยเฉพาะในเวลาราชการ” จากข้อมูลสรุปประเด็นหลักได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าตนเอง สามารถควบคุมให้การเข้าถึงบริการผ่าน Telehealth ได้ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลและความเพียงพอของบุคลากร

สรุปจากระยะที่ 1 คือ รูปแบบ Telehealth ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ควรสร้างเจตคติเชิงบวกผ่านการนำเสนอ ประสบการณ์ตรงจากผู้ใช้งาน ใช้กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลในชุมชนเป็นกลไกกระตุ้นพฤติกรรมการใช้ เช่น อสม. ครู เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และต้องออกแบบให้ใช้งานง่าย เพิ่มระบบโต้ตอบเพื่อลดปัญหาการตอบคำถามที่ล่าช้า



ระยะที่ 2 การพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการพัฒนาตามโมเดล ADDIE (Branch & Varank, 2009) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ใช้ในการพัฒนา โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 ที่ผ่านการวิเคราะห์เชิงประเด็นตามกรอบทฤษฎี Theory of Planned Behavior (TPB) (Glanz et al., 2008) เป็นข้อมูลนำเข้าและประกอบการพัฒนา ดังนี้

A: Analysis (การวิเคราะห์) ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในระยะที่ 1 ได้นำมาใช้วิเคราะห์ความต้องการและปัจจัยสำคัญที่ควรนำไปออกแบบ Telehealth จากคำพูดของตัวอย่าง เช่น “เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดี ประทับใจในการบริการที่เป็นมิตร” “บางอย่างก็ไม่ละเอียดพอ ต้องมาคุยกับหมอมากกว่า” และ “อสม. โทรมาบอกเรื่องสิทธิประโยชน์ให้ไปฉีดวัคซีน” สรุปเป็นประเด็นหลักเพื่อการพัฒนา คือ เจตคติเชิงบวกต่อการบริการสุขภาพ ความจำเป็นต้องมีระบบตอบคำถามแบบโต้ตอบ และการใช้บุคคลที่มีอิทธิพล เช่น อสม. และครู เป็นแรงกระตุ้นให้ใช้บริการ

D: Design (การออกแบบ) การดำเนินการวิจัยในระยะนี้อยู่ภายใต้กรอบของโครงการวิจัยร่วมของกาญจนาภิเษก และนภัช รอดเที่ยง (2567); เอกชัย เพียรศรีวรา, ภาวรินทร์ หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และคณะ (2567) โดยประยุกต์ใช้ระบบ Telehealth ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นการต่อยอดจากงานวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ร่วมออกแบบและเป็นผู้ร่วมพัฒนาองค์ประกอบของระบบ Telehealth ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 โดยอ้างอิงข้อมูลและข้อค้นพบจากการศึกษาในระยะที่ 1 มาร่วมระดมความคิดกับทีมพัฒนาระบบ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบความต้องการหลักของผู้ใช้ เช่น “อยากให้แอปฯ มีระบบแจ้งเตือนนัดหมายและให้คำแนะนำเรื่องสิทธิที่ใช้ได้จริง” “ถ้าให้คุยกับเจ้าหน้าที่ได้เลยในไลน์จะสะดวกมาก” มาประกอบการระดมความคิดเห็นกับทีมพัฒนาด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้งานและออกแบบระบบให้ตอบสนองบริบททางภูมิศาสตร์และสังคมของกลุ่มเป้าหมาย

ผลลัพธ์จากการพัฒนาในระยะนี้ คือ “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” ประกอบด้วยฟังก์ชันการใช้งานหลัก ได้แก่ “การลงทะเบียน การตรวจสอบสิทธิด้านสุขภาพ การประเมินสุขภาพ การนัดหมายเพื่อเข้ารับบริการ และการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในรูปแบบวิดีโอคอล” กระบวนการออกแบบทั้งหมดดำเนินการโดยอิงหลักการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ซึ่งให้ความสำคัญกับข้อเสนอแนะจากชุมชน ความต้องการเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย และผลการศึกษาจากระยะก่อนหน้าเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

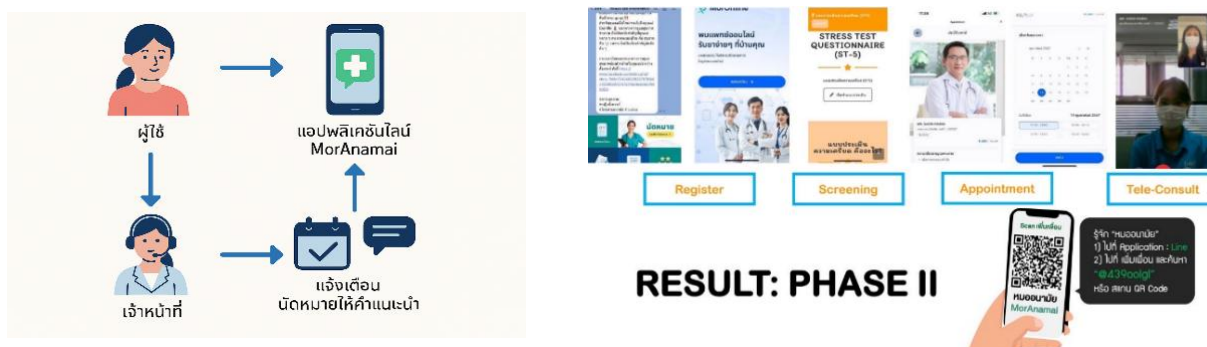
D: Development (การพัฒนา) เมื่อได้ต้นแบบของ “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” ที่ยึดหลักความเรียบง่ายใช้งานสะดวก จึงได้นำแบบจำลองไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงระบบตามข้อเสนอแนะ เช่น “มีศัพท์เทคนิคเฉพาะทางการแพทย์ ทำให้อ่านแล้วไม่เข้าใจ” “ต้องรอเจ้าหน้าที่ตอบคำถาม ซึ่งบางครั้งไม่ตอบทันที” ดังนั้น การปรับปรุงจึงได้ปรับโครงสร้างเมนูให้เข้าใจง่ายขึ้น และเพิ่มข้อความแจ้งเตือนอัตโนมัติ

I: Implementation (การนำไปใช้) “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” นำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายจริง ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 2 โดยมีเจ้าหน้าที่ อสม. และครูศูนย์เด็กเล็กในชุมชนเป็น



ผู้ช่วยสื่อสาร ให้คำแนะนำ และสนับสนุนการใช้งาน เพื่อให้การใช้บริการ Telehealth เป็นไปอย่างครอบคลุมและเข้าใจง่าย พบว่า “มีแจ้งเตือนนัดหมายในไลน์ ทำให้ไม่ลืมวันนัด”

สรุปผลการออกแบบและพัฒนา ได้“แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” ที่ตอบสนองต่อกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การสร้างเจตคติเชิงบวก การใช้เครือข่ายบุคคลสำคัญสนับสนุนการใช้งาน และการออกแบบระบบให้ใช้งานง่ายและตอบสนองทันที



แผนภาพที่ 1 แผนภาพการทำงานของ “MorAnamai”

E: Evaluation (การประเมินผล) ผู้วิจัยใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการรับรู้สิทธิประโยชน์ ความตั้งใจใช้ Telehealth ก่อน-หลังการทดลอง และความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth หลังการทดลอง สรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.82 มีอายุเฉลี่ย 30 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 58.18 ใช้สิทธิด้านสุขภาพประเภทเบิกได้ ร้อยละ 38.18 รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม และบัตรทอง ร้อยละ 30.91 และ 27.27 ตามลำดับ

2. ผลการประเมินการใช้ Telehealth “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” มีดังนี้

2.1 คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้สิทธิเท่ากับ 31.54 (S.D.=4.46) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.77 (S.D.=8.21) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-1.652, p=.099$) สำหรับความตั้งใจที่จะใช้ Telehealth ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.00 (S.D.=1.71) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.00 (S.D.=3.64) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-3.087, p=.002$) ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิทธิ และความตั้งใจต่อการใช้แอปพลิเคชันไลน์ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test (n=13)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		Z	Asymp Sign. (2-tailed)
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การรับรู้สิทธิ	31.54	4.46	34.77	8.21	-1.652	.099
ความตั้งใจใช้ Telehealth	15.00	1.71	19.00	3.64	-3.087	.002*

*p-value<.05

2.2 คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้สิทธิเท่ากับ 33.79 (S.D.=4.26) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 36.57 (S.D.=6.02) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($Z=-1.809$, $p=.700$) สำหรับความตั้งใจที่จะใช้ Telehealth ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.00 คะแนน (S.D.=4.87) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 24.21 (S.D.=1.42) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($Z=-3.185$, $p=.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สิทธิ และความตั้งใจต่อการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test (n=14)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย ก่อนใช้รูปแบบ		คะแนนเฉลี่ย หลังใช้รูปแบบ		Z	Asymp Sign. (2-tailed)
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
การรับรู้สิทธิ	33.79	4.26	36.57	6.02	-1.809	.700
ความตั้งใจใช้ Telehealth	17.00	4.87	24.21	1.42	-3.185	.001*

*p-value<.05

2.3 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้งานด้านความสะดวก ความเสถียร และความพึงพอใจ ภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับดี Mean=3.82 (S.D.=0.65), 3.60 (S.D.=0.70 และ 3.81 (S.D.=0.74) ตามลำดับ สำหรับด้านความปลอดภัยของระบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง Mean=3.46 (S.D.=0.77) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการใช้ Telehealth หลังการทดลองในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี (n=27)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
ความสะดวก	3.82	0.65	ดี
ความปลอดภัย	3.46	0.77	ปานกลาง
ความเสถียร	3.60	0.70	ดี
ภาพรวม	3.81	0.74	ดี

ระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบการใช้ Telehealth ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 2 ขั้นตอนนี้กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์จำนวน 6 คน และสามีของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 3 คน มีลักษณะสำคัญคือ เป็นผู้ที่มีสิทธิได้รับการตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีสมาร์ทโฟนและเข้าถึงเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ทุกคนมีสมาร์ทโฟนส่วนตัว ราคาประมาณ 5,000 บาท และใช้งานแอปพลิเคชันพื้นฐานได้ เช่น LINE, Facebook, YouTube ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสัญญาณ จ่ายค่าอินเทอร์เน็ตเฉลี่ยเดือนละประมาณ 200 บาท มีการใช้ WiFi จากบ้านหรือจุดบริการสาธารณะ ประสบการณ์ใช้ช่องทางออนไลน์ เคยใช้แอปพลิเคชันทางสุขภาพ เช่น “หมอพร้อม” ไลน์กลุ่มของโรงพยาบาล Facebook กลุ่มแม่และเด็ก เพื่อรับข้อมูลและปรึกษาเจ้าหน้าที่ ข้อจำกัด คือ บางรายพบปัญหาการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนเกินไป หรือ แอปพลิเคชันบางตัวไม่รองรับในโทรศัพท์รุ่นเก่า จากการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองเกี่ยวกับรูปแบบ Telehealth คือ ควรใช้งานง่าย ปลอดภัย เนื้อหาเข้าใจง่าย พร้อมมีเครือข่ายชุมชนช่วยสนับสนุน และจัดการให้เข้าถึงได้ทั้งออนไลน์และออฟไลน์เพื่อลดข้อจำกัดด้านพื้นที่และการเดินทาง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 มุมมองของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 2

มุมมองจากกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอเพื่อพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการ
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	- พัฒนาเนื้อหาสุขภาพด้วยภาษาง่าย หลีกเลียงคำทางเทคนิค ใช้ภาพและเสียงประกอบ - สนับสนุนแพ็คเกจอินเทอร์เน็ตราคาถูกในพื้นที่ชนบท และมี free WiFi จุดสำคัญ - พัฒนาสื่อคลิปวิดีโอ/แอนิเมชัน ความยาว 5-15 นาที ให้เข้าใจง่ายและน่าติดตาม - เพิ่มระบบแจ้งเตือนนัดหมายสุขภาพล่วงหน้า ผ่าน LINE หรือแอปพลิเคชันต่าง ๆ - พัฒนา Telehealth แบบออฟไลน์แบบคู่ขนาน เพื่อบริการในพื้นที่ห่างไกล และลดภาระการเดินทาง
ด้านความปลอดภัย	- ออกแบบระบบโดยไม่ต้องระบุข้อมูลส่วนตัวมากเกินไป และเพิ่มการเข้ารหัสความเป็นส่วนตัว



ตารางที่ 4 มุมมองของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับรูปแบบ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์สำหรับหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 2 (ต่อ)

มุมมองจากกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอเพื่อพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงบริการ
ด้านความสะดวกในการใช้งาน	- ออกแบบให้ใช้งานง่าย โหลดง่าย ไม่ต้องสแกนหรือสมัครหลายขั้นตอน - ลดขั้นตอนลงทะเบียน เช่น ไม่บังคับอีเมลหรือรหัสผ่านที่ซับซ้อน
ด้านความต้องการการสนับสนุนในชุมชน	- ฝึกอบรม อสม. และเจ้าหน้าที่ชุมชนให้เป็นที่ปรึกษาการใช้ Telehealth

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหญิงตั้งครรภ์และผู้ปกครองเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 2 ระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเชิงบวกต่อบริการสุขภาพและสะท้อนว่าบุคคลในชุมชน เช่น อสม. และครู มีอิทธิพลสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ อธิบายได้ว่า ผู้ใช้บริการต้องการช่องทางการสื่อสารสองทางที่ตอบสนองได้รวดเร็ว ชัดเจน เข้าถึงง่ายและมีเครือข่ายสนับสนุนช่วยหาคำแนะนำการใช้งาน และต้องมีระบบการแจ้งเตือนให้คำปรึกษาแบบโต้ตอบเพื่อลดช่องว่างด้านความรู้ ผลการศึกษาในระยะนี้จึงเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การออกแบบ Telehealth ให้ตรงกับความต้องการจริงของกลุ่มเป้าหมาย

ในการพัฒนา Telehealth ระยะที่ 2 ได้ออกแบบและพัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีลักษณะโต้ตอบสองทาง โดยเน้นฟังก์ชันการสื่อสารที่ใช้งานง่ายสำหรับผู้ใช้งาน เช่น การสนทนาผ่านแชตในไลน์ การโทรวิดีโอคอลกับเจ้าหน้าที่ และการส่งข้อความแจ้งเตือนอัตโนมัติ เพื่อเตือนวันนัดหมายหรือให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ระบบดังกล่าวพัฒนาขึ้นภายใต้ชื่อ “แอปพลิเคชันไลน์ MorAnamai” ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสื่อสารแบบผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง (Scott Kruse et al., 2018) ที่มุ่งให้ผู้ใช้งานมีส่วนร่วมและได้รับข้อมูลตามความต้องการได้อย่างสะดวกและตรงตามความต้องการ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังการทดลองใช้แอปพลิเคชัน พบว่า คะแนนการรับรู้สิทธิประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.099$ และ $p=0.700$) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพื้นฐานความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์อยู่แล้วก่อนการเข้าร่วมทดลอง ซึ่งได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นมาก่อน เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการสร้างกลุ่มไลน์ของหญิงตั้งครรภ์และส่งข้อมูลประจำวัน รวมทั้งพยาบาลในกลุ่มคอยตอบคำถาม ซึ่งมีข้อมูลสนับสนุนว่า “โรงพยาบาลมีไลน์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีสมาชิก 44 คน เจ้าหน้าที่ส่งเนื้อหาทุกวัน และพยาบาลเป็นคนตอบคำถาม” ดังนั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ทดลองใช้ “MorAnamai” ซึ่งนำเสนอข้อมูลในแนวทางใกล้เคียงกัน จึงไม่ทำให้ระดับการรับรู้สิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด อีกประเด็นหนึ่งเนื้อหาในแอปพลิเคชันอาจยังไม่ตอบโจทย์ความต้องการข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายได้ ส่งผลให้การรับรู้สิทธิประโยชน์โดยรวมไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตามสถิติ

สำหรับความตั้งใจใช้ Telehealth ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$ และ $p=0.001$) อธิบายได้ว่า ถึงแม้ความรู้เรื่องสิทธิประโยชน์จะไม่เปลี่ยน แต่การได้ทดลองใช้ “MorAnamai” ซึ่งออกแบบให้ใช้งานง่ายและตอบสนองได้รวดเร็ว ช่วยสร้าง ประสบการณ์ตรง ในการเข้าถึงบริการ



สุขภาพผ่าน Telehealth การมีระบบแจ้งเตือน นัดหมาย และการสื่อสารแบบโต้ตอบกับเจ้าหน้าที่ออนไลน์ ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าการใช้งานได้จริงในชีวิตประจำวัน ลดอุปสรรคเรื่องเวลาและการเดินทาง เกิดความมั่นใจในการใช้บริการในอนาคต สอดคล้องกับทฤษฎีการยอมรับเทคโนโลยี (Technology Acceptance Model: TAM) ของ Davis, Bagozzi, & Warshaw (1989) ที่ระบุว่าบุคคลที่การรับรู้ว่ามีประโยชน์ (Perceived Usefulness) และรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อการใช้งาน (Perceived Ease of Use) ย่อมส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมการใช้งานจริงของผู้ใช้บริการ

สำหรับมุมมองของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการพัฒนา Telehealth เพิ่มการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนความเห็นในด้านการเข้าถึงบริการ ด้านความปลอดภัย ด้านความสะดวกในการใช้งาน และด้านความต้องการสนับสนุนในชุมชน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนา Telehealth เพื่อให้เหมาะกับเขตสุขภาพที่ 2 ต้องไม่ใช่เพียงแค่ออกแบบเทคโนโลยี แต่ต้องยึดโยงกับพฤติกรรมผู้ใช้ บริบทท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชน เพื่อให้การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติอย่างทั่วถึงและยั่งยืน สอดคล้องกับผลการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า การพัฒนาระบบ Telehealth ที่ยึดผู้ใช้เป็นศูนย์กลาง สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ ถือเป็นหัวใจสำคัญของการออกแบบระบบที่ประสบความสำเร็จ

“แอปพลิเคชันไลน์ “MorAnamai” ที่พัฒนาขึ้นนี้ สามารถขยายผลสู่ระดับนโยบายโดยสามารถบูรณาการเข้ากับแพลตฟอร์ม เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสิทธิประโยชน์ การนัดหมาย และการให้คำปรึกษาในระบบเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มความสะดวกให้ประชาชน นอกจากนี้ยังสามารถสนับสนุนแนวทางการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพดิจิทัลที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered Digital Health) ตามข้อเสนอขององค์การอนามัยโลก (2021) เพื่อขยายการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพไปสู่พื้นที่อื่น ๆ ได้ในอนาคต การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างเล็ก และดำเนินการในพื้นที่จำกัด จึงไม่สามารถสรุปผลไปใช้ทั่วไปได้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นและหลากหลายมากขึ้น รวมทั้งติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันผลลัพธ์และพัฒนา Telehealth ให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรมีการพัฒนาเนื้อหา ระบบแจ้งเตือน และเครื่องมือเสริมการใช้งาน Telehealth อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความเข้าใจให้สามารถใช้งานได้จริงโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางที่มีข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษารูปแบบการนำ Telehealth ไปใช้ในกลุ่มอื่น ๆ ที่มีลักษณะเฉพาะเช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อออกแบบระบบบริการที่เหมาะสมกับบริบท และความต้องการเฉพาะกลุ่มอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2566). รายงานผลการดำเนินงานด้านการสนับสนุนบริการสุขภาพ ประจำปี 2566.

กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.



เอกสารอ้างอิง

- กัญญนัท ริปันโน, และนภัชชลด รอดเที่ยง. (2567). การพัฒนารูปแบบการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน telehealth เขตสุขภาพที่ 10. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี*, 12(1), 16-31.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2557). *การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือวัดเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ. (2567). *ฐานข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2564-2566*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2566). *ระบบสารสนเทศหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- เอกชัย เพียรศรีวัชรา, ภาวรินทร์ หงส์สุวรรณ, เนตรชนก รัตนเนตร, และณัฏฐา ฐานิพานิชสกุล. (2567). การศึกษาการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการชุดสิทธิประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพผ่าน telehealth. สืบค้นจาก [https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6118?](https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/6118?locale-attribute=th)
locale-attribute=th
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (1997). *Research in education*. New Jersey: Printice Hall. In: Inc.
- Branch, R. M., & Varank, I. (2009). *Instructional design: The addie approach*. New York: Springer.
- Davis, F. D., Bagozzi, R. P., & Warshaw, P. R. (1989). User acceptance of computer technology: A comparison of two theoretical models. *Management Science*, 35(8), 982-1003.
https://doi.org/10.1287/mnsc.35.8.982?utm_source=chatgpt.com.
- Feng, Y., Zhao, J., Wei, J., Wang, Y., Zhou, J., & Yuan, X. (2023). Pregnancyline: A visual analysis system for pregnancy care and risk communication. *IEEE Transactions on Visualization and Computer Graphics*, 29(1), 810-820.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.). Hoboken, NJ: Jossey-Bass/Wiley.
- Kieny, M., & Evans, D. (2013). Universal health coverage. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 9(14), 305-306.
- Lee, B. X., Kjaerulf, F., Turner, S., Cohen, L., Donnelly, P. D., Muggah, R., et al. (2016). Transforming our world: Implementing the 2030 agenda through sustainable development goal indicators. *Journal of Public Health Policy*, 37(Suppl1), 13-31.



เอกสารอ้างอิง

- Lindner, J. R., & Lindner, N. J. (2024). Interpreting Likert-type scales, summated scales, unidimensional scales, and attitudinal scales: I neither agree nor disagree, Likert or not. *Advancements in Agricultural Development*, 5(2), 152-163.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Scott Kruse, C., Karem, P., Shifflett, K., Vegi, L., Ravi, K., & Brooks, M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(1), 4-12.
- Tangcharoensathien, V., Limwattananon, S., Patcharanarumol, W., Thammatacharee, J., Jongudomsuk, P., & Sirilak, S. (2015). Achieving universal health coverage goals in thailand: The vital role of strategic purchasing. *Health Policy and Planning*, 30(9), 1152-1161.
- World Health Organization. (2010). *Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: Report on the second global survey on eHealth (Global Observatory for eHealth Series, Volume 2)*. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>.
- World Health Organization. (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>.
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on digital health 2020-2025*. Geneva: World Health Organization.



การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กฤตภรณ์ ประกอบแสง^{1*}, ศรีนรา ทองมี¹, อจิรวดี ราชมณี¹, เดือนเพ็ญ หมั่นสี¹ และประกอบ สุตพาห¹

¹โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

(วันที่รับบทความ: 14 สิงหาคม 2568; วันที่แก้ไข: 20 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับ: 24 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตับ พัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยบูรณาการแนวคิดการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของชุดความรู้ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery ;ERAS) และทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง ดำเนินการ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และพัฒนาแนวปฏิบัติ ระยะที่ 2 ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยผ่าตัดตับ 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน 2) พยาบาลวิชาชีพ 78 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และ 2) แบบประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ แบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯไปใช้ แบบประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาล แบบประเมินความปวด แบบประเมินการทำงานของลำไส้ และแบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Chi-square และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด โดยผลการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ ในกลุ่มทดลองมีการปวดน้อยกว่า การทำงานของลำไส้และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-4.715, p<.001$) ($t=3.711, p<.004$) ($t=3.082, p<.001$) ตามลำดับ พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ระดับมาก ร้อยละ 97.44 และมีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 93.59 โดยแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตับเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ลดความคลาดเคลื่อน และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาล, การระงับความรู้สึก, ผ่าตัดตับ, แนวคิดการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด

*ผู้รับผิดชอบบทความ: กฤตภรณ์ ประกอบแสง; krittapornprak@gmail.com



The Development of Anesthetic Nursing Practice Guidelines for Hepatectomy in Sunpasitthiprasong Hospital: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)

Krittaporn Prakobseang^{1*}, Sarinra Thongmee¹, Ajirawadee Rachmanee¹, Duanpen Muensee¹

and Prakob Sudpa¹

¹Sunpasitthiprasong Hospital

(Received: 14 August 2025; Revised: 20 September 2025; Accepted: 24 September 2025)

Abstract

This research and development study aimed to examine the current nursing practices for patients undergoing liver surgery under general anesthesia and to develop and evaluate a set of nursing practice guidelines to promote postoperative recovery. The study integrated Soukup's evidence-based development framework, the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) concept, and King's Goal Attainment Theory. The study was conducted in two phases: Phase I involved analysis of the situation and development of the guidelines; Phase II evaluated the effectiveness of the implemented nursing guidelines. The participants included 34 liver surgery patients (17 in the intervention group and 17 in the control group) and 78 professional nurses. Research instruments consisted of: (1) the developed nursing practice guideline and (2) outcome evaluation tools, including a perceived feasibility questionnaire, a nurse satisfaction scale, pain assessment, bowel function assessment, and early mobilization records. Data were analyzed using descriptive statistics (frequencies, percentages, means, and standard deviations) and inferential statistics (Chi-square tests and Independent t-tests).

Results demonstrated that the intervention group reported significantly lower pain levels ($t=-4.715$, $p<.001$), better bowel function ($t=3.711$, $p<.004$), and earlier postoperative mobilization ($t=3.082$, $p<.001$) than the control group. Moreover, 97.44% of nurses perceived the guideline as highly feasible for implementation, and 93.59% expressed high satisfaction. This indicates that the developed nursing guidelines can be adopted as a standardized protocol for liver surgery care to enhance care quality, reduce care variability, and improve health system efficiency.

Keywords: nursing practice guidelines, anesthesia, liver surgery, Enhanced Recovery After Surgery

Corresponding author: Krittaporn Prakobseang; krittapornprak@gmail.com



บทนำ

มะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma; HCC) และมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma; CCA) เป็นหนึ่งในมะเร็งที่มีการะโรคสูงที่สุดในโลก โดยจัดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งอันดับสาม และเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหกของโลก (Rumgay et al., 2021) รายงานข้อมูลล่าสุดจาก องค์การอนามัยโลก (International Agency for Research on Cancer, 2022) ระบุว่ามีการวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็งตับรายใหม่ประมาณ 866,136 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 4.7 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (Bray et al., 2024) และมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้มากกว่า 830,180 รายต่อปี ซึ่งทำให้มะเร็งตับอยู่ในอันดับที่ 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งทั่วโลก (Sung et al., 2021) โดยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีส่งผลกระทบต่อหลายมิติ ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ระบบสาธารณสุข และเศรษฐกิจภาพรวม เนื่องจากเป็นโรคที่มักตรวจพบในระยะลุกลาม ทำให้มีอัตราการรอดชีวิตต่ำ และต้องการทรัพยากรในการรักษาสูง (Yang et al., 2019) ในมิติทางชีวการแพทย์ มะเร็งตับโดยเฉพาะ HCC มีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โดยอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีทั่วโลกเฉลี่ยเพียงประมาณ 18% (Allemani et al., 2018) ผลกระทบทางคลินิกยังรวมถึงความทุกข์ทรมานจากอาการ เช่น ปวดท้อง ท้องอืด อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และอาการดีซ่าน (jaundice) ในกรณีท่อน้ำดีอุดตัน (Galle et al., 2018) นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวนมากยังมีภาวะตับแข็ง (Cirrhosis) ร่วม ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับวาย (Liver failure) หรือภาวะเลือดออกจากหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (Variceal bleeding) สำหรับในมุมมองทางจิตสังคม ผลการศึกษาระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งตับมีอัตราการซึมเศร้าและความเครียดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยมะเร็งอื่น (Zhang et al., 2017) ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโอกาสหาย การกลับเป็นซ้ำ และค่าใช้จ่ายการรักษาส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Quality of Life :QOL) ของผู้ป่วยและครอบครัว

การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งนับเป็นหัตถการใหญ่ที่ซับซ้อน ผู้ป่วยต้องผ่านการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia; GA) หรือร่วมกับ การระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง (Epidural analgesia) เพื่อควบคุมความเจ็บปวด การระงับความรู้สึกนี้ส่งผลโดยตรงต่อสรีรวิทยาของผู้ป่วย มีความเสี่ยงทั้งจากการสูญเสียเลือดมาก ภาวะตับวายหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนปอด ซึ่งทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับกลไกของการระงับความรู้สึกและสภาวะสรีรวิทยาของผู้ป่วยหลังฟื้นสติ (Forner, Reig, & Bruix, 2018 ; Kok et al., 2018) ทั้งนี้การระงับความรู้สึกนับเป็นหัวใจสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาทักษะการที่ซับซ้อนได้อย่างปลอดภัย ดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเชื่อมโยงระหว่างวิธีการรักษาทางการแพทย์ กับกระบวนการฟื้นตัว

ในปัจจุบันแนวคิดการส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด (Enhanced Recovery After Surgery; ERAS) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในวงการศัลยกรรมทั่วโลก เนื่องจากเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีพื้นฐานจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) ซึ่งมุ่งเน้นการลดความเครียดจากการผ่าตัด (Surgical stress response) รักษาสมดุลสรีรวิทยาของผู้ป่วย และเร่งกระบวนการฟื้นตัว โดยครอบคลุมการดูแลแบบห่วงโซ่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative phase) ระยะผ่าตัด (Intraoperative phase) และระยะหลังผ่าตัด (Postoperative phase)



(Ljungqvist, Scott, & Fearon, 2017) แนวทาง ERAS ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบสำคัญ เช่น การให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การลดระยะเวลาการงดอาหาร การควบคุมภาวะอุณหภูมิร่างกาย การใช้เทคนิคระงับความรู้สึกและการให้ยาแก้ปวดที่ลดผลข้างเคียงต่อระบบหายใจและการเคลื่อนไหว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเร็ว (Early mobilization) และการเริ่มอาหารทางปากเร็วภายหลังผ่าตัด ทั้งหมดนี้มีเป้าหมายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะปอดแฟบ ภาวะติดเชื้อการชะลอการทำงานของลำไส้ และช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิให้บริการตามนโยบาย แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) กระทรวงสาธารณสุข มียุทธศาสตร์ด้านมุ่งงานเลิศ (Performance excellence) ที่มีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาระดับสูง ได้แก่ สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขามะเร็ง สาขาทารกแรกเกิด สาขาโรคหัวใจ และสาขาการรับบริการการปลูกถ่ายอวัยวะ โดยเฉพาะสาขามะเร็งที่มุ่งเน้นการให้บริการรักษามะเร็งแบบองค์รวมด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญีให้บริการ ระงับความรู้สึกผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในการผ่าตัดตับ จากสถิติให้บริการระงับความรู้สึกผ่าตัดตับในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ปี 2564-2566 มีจำนวน 161, 122 และ 124 ราย ตามลำดับ มีระยะวันนอนเฉลี่ย 18.0, 11.2 และ 12.8 วัน ตามลำดับ (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, 2566) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของวิสัญญีพยาบาลมีการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกซึ่งไม่ได้เป็นแนวทางเฉพาะสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดตับ และยังขาดการบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยผลการทบทวนเวชระเบียนและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดตับจำนวน 122 ราย พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากกระบวนการผ่าตัดและระงับความรู้สึก ได้แก่ ระหว่างผ่าตัดมีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส จำนวน 59 ราย ร้อยละ 48.4 สูญเสียเลือด 1,000-10,000 มิลลิลิตร จำนวน 37 ราย ร้อยละ 30.3 อาการปวดหลังผ่าตัดใน 24-48 ชั่วโมง ระดับความปวด 5-7 คะแนนเกือบทุกราย ติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะท้องอืด การลุกเดินหลังผ่าตัด (Early ambulation) ได้หลัง 2-4 วันหลังผ่าตัด จากสภาพปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะวิสัญญีพยาบาลจึงสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพื่อให้มีแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก โดยครอบคลุมทุกขั้นตอนตั้งแต่ก่อน ระหว่างและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดตับ เป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ให้มีมาตรฐาน เป็นระบบลดความคลาดเคลื่อน ส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วยให้เร็วขึ้น ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Length of stay) ลดอัตราภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

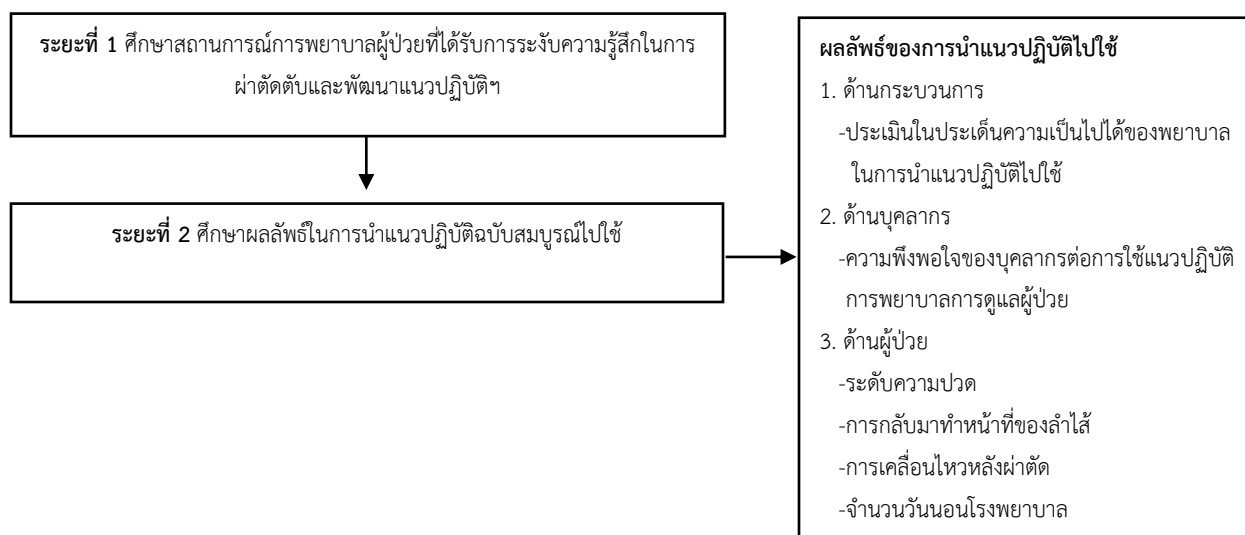
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตับ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์



3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนานี้มีแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้ ระยะเวลาที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดและพัฒนาแนวปฏิบัติ โดยใช้ทฤษฎีรูปแบบการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของซูกัพ Soukup (2000) ประกอบไปด้วย 1) การค้นหา วิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ (Evidence-triggered phase) 2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-supported phase) 3) การพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยและทดลองใช้ (Evidence-observed phase) และ 4) การใช้แนวร่างปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยและทดลองใช้ (Evidence-based phase) ระยะเวลาที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยบูรณาการการทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของคิง Theory of Goal Attainment (King, 1992) ประกอบด้วย 1) การปฏิสัมพันธ์ (Interaction) 2) การสื่อสาร (Communication) และ 3) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (Goal setting)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเวลาที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดและพัฒนาแนวปฏิบัติด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และระยะเวลาที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติการ



พยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับฉบับสมบูรณ์ไปใช้ ด้วยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง เดือนตุลาคม 2568

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตับและพัฒนาแนวปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตับ จำนวนทั้งหมด 29 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบไปด้วย ศัลยแพทย์ จำนวน 3 คน วิสัญญีแพทย์จำนวน 1 คน วิสัญญีพยาบาล จำนวน 15 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมจำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 5 คน

ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ไปใช้

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ กลุ่มบุคลากรทางการพยาบาล จำนวนทั้งหมด 78 คน ประกอบด้วย

1.1 วิสัญญีพยาบาล จำนวน 38 คน เลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ปฏิบัติงานในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี ให้การพยาบาลก่อน ระหว่างและหลังและการระงับความรู้สึกผ่าตัดตับ 2) มีประสบการณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัดตับ 1 ปี ขึ้นไป และ 3) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก คือ 1) อยู่ระหว่างการศึกษาระดับปริญญาตรี 2) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

1.2 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 29 คน และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 11 คน เลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดตับ 1 ปี ขึ้นไป 2) สามารถเข้าร่วมโครงการได้มากกว่าร้อยละ 80 และ 3) ยินดีเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก คือ 1) อยู่ระหว่างการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือปริญญาโท 2) ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดตับ ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวนทั้งหมด 34 คน โดยสุ่มจาก HN ผู้ป่วยในทะเบียนนัดผ่าตัดตับ เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเริ่มศึกษาในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบแล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและดูแลในระยะหลังผ่าตัดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับที่พัฒนาขึ้น

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยที่มารับบริการวิสัญญีและผ่าตัดตับแบบนัดล่วงหน้า (Elective case) 2) อายุ 20 ปีขึ้นไป และ 3) ระดับความเสี่ยงในการให้ยาระงับความรู้สึกตามเกณฑ์ American Society of Anesthesiologist (ASA) class 1-3 และ 4) เป็นผู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภท Major Hepatectomy (≥ 3 segments)

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) อาการทรุดลงหรือเสียชีวิตขณะที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และ 2) ปฏิเสธการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร 3) เป็นผู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภท Minor Hepatectomy (< 3 segments) หรือผ่าตัดตับทั้งหมด (Total Hepatectomy) หรือ Extended Hepatectomy 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง



คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ (Means differences between two independent groups) โดยอ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อแทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยที่ $Z_{\alpha/2} = 1.96$ (สำหรับค่าระดับนัยสำคัญ

$\alpha = 0.05$, two-tailed)

$Z_{\beta} = 0.84$ (สำหรับกำลังการทดสอบ 80%)

$\sigma = 5$ (S.D. ของระยะเวลาอนโรงพยาบาล) การใช้แนวทางการพยาบาลตามโปรแกรม ERAS ในผู้ป่วยผ่าตัดตับ (hepatectomy) มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดประมาณ 4-6 วัน (Xu et al., 2016)

$\Delta = 2.72$ (ค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่ม) แนวทางการพยาบาลตาม ERAS สามารถลดระยะเวลาการอนโรงพยาบาล ได้เฉลี่ย 2.72 วัน (Li, Chen, Liu et al., 2017)

แทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{2(1.96+0.84)^2(5)^2}{(2.72)^2} \approx 17$$

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 17 คนต่อกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 17 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 17 คน รวมทั้งหมด 34 คน

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตับและพัฒนาแนวปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตับและพัฒนาแนวปฏิบัติด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ได้แก่ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดที่ครอบคลุมประเด็นในด้านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และเป้าหมายที่ต้องการพัฒนา

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ ซึ่งเกิดจากบูรณาการจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือ โดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดหมายของคิง Theory of Goal Attainment (King, 1992) มาใช้ในกระบวนการ ขั้นตอนต่างๆ ของแนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เน้นการสื่อสารที่ถูกต้องและมีการกำหนดจุดหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้ภายใต้กรอบของ แนวคิด ERAS ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม



ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดที่นิยมใช้ในการผ่าตัดหลายประเภทและเป็นแนวคิดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยแนวปฏิบัติฯ นี้ประกอบด้วย 3 หมวด โดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 แผนผังแสดงขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้ 1) การเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก 2) การดูแลระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก 3) การดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึกที่ห้องพักฟื้น

หมวดที่ 2 คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย 1) คำจำกัดความ 2) กลุ่มเป้าหมายที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 3) วัตถุประสงค์ 4) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดสำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 4.1 แนวปฏิบัติฯ สำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด 4.2 แนวปฏิบัติฯ สำหรับพยาบาลประจำห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปซึ่งเป็นการดูแลหลังการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด 5) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดสำหรับวิสัญญีพยาบาล 5.1 การพยาบาลระยะก่อนการระงับความรู้สึก/การดูแลก่อนการระงับความรู้สึก 5.2 การพยาบาลระยะระหว่างการระงับความรู้สึก 5.3 การพยาบาลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก 6) เอกสารอ้างอิง และ 7) ภาคผนวกสรุประดับหลักฐานที่สืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ

หมวดที่ 3 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด โดยเนื้อหาครอบคลุมการปฏิบัติตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและการปฏิบัติตัวภายหลังกลับบ้าน

ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ไปใช้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม (Proctor et al., 2011; Rogers, 2003; Donabedian, 1988; Weiner et al., 2017) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด และ 6) การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 6 หัวข้อหลัก ได้แก่ 1) ความง่ายและความสะดวกของการใช้แนวปฏิบัติฯ 2) ความชัดเจน เข้าใจง่ายของแนวปฏิบัติฯ 3) ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน 4) ประโยชน์ที่ได้รับของหน่วยงานช่วยสามารถประหยัด และลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ 5) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติไปใช้ 6) ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน เกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 หมายถึง ความเป็นไปได้น้อยที่สุด 2 หมายถึง ความเป็นไปได้น้อย 3 หมายถึง ความเป็นไปได้ปานกลาง 4 หมายถึง ความเป็นไปได้มาก 5 หมายถึง ความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีเกณฑ์



แปลผลระดับคะแนนโดยใช้การคำนวณหาอันตรายภาคขึ้นและแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1-1.49 คะแนน หมายถึง ความเป็นไปได้ น้อยที่สุด 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง ความเป็นไปได้ น้อย 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง ความเป็นไปได้ ปานกลาง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง ความเป็นไปได้ มาก 4.49-5 คะแนน หมายถึง ความเป็นไปได้ มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ พัฒนาขึ้น แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 6 ข้อ ได้แก่ 1) เนื้อหาเข้าใจง่าย สะดวกต่อการนำไป 2) ทำให้การวางแผนการดูแล ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว 3) แนวปฏิบัติทำให้ตัดสินใจดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมขึ้น 4) มีเนื้อหาถูกต้องและตรงประเด็น 5) แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีกับผู้ป่วยบริการ 6) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวม เกณฑ์การให้ คะแนนคือ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 4 หมายถึง พึงพอใจ มาก 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด โดยมีเกณฑ์แปลผลระดับคะแนนโดยใช้การคำนวณหาอันตรายภาคขึ้นและแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 1-1.49 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก 4.49-5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลลัพธ์การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม แนวปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกผ่าตัดตับ ประกอบด้วย 15 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) สถานะภาพสมรส 5) ดัชนีมวลกาย 6) สถานะทางกายภาพของผู้ป่วยก่อนเข้ารับ การผ่าตัด (ASA classification) 7) การมีโรคร่วม 8) ระดับความรุนแรงของโรคตับแข็ง (Child-Pugh classification) 9) ประวัติการดื่มสุรา 10) ประวัติการผ่าตัด 11) การวินิจฉัยโรค 12) การผ่าตัด 13) ปริมาณการสูญเสียเลือด 14) ระยะเวลา การได้รับยาระงับความรู้สึกและ 15) ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความปวด ประเมินโดยใช้มาตรวัดเป็นตัวเลข (Numeric rating scale) ซึ่งจะ มีระดับคะแนน 0-10 คะแนน โดย 0-3 คะแนน หมายถึง ปวดน้อย 4-6 คะแนน หมายถึง ปวดปานกลาง และ 7-10 คะแนน หมายถึง ปวดมาก (Hawker, et al., 2011)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการทำงานของลำไส้ โดยผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้น จากการสังเคราะห์และดัดแปลง จาก เกณฑ์ที่ใช้จริงในงานวิจัย ERAS และการดูแลหลังผ่าตัดใหญ่ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยผ่าตัด Hepatectomy (Feldheiser et al., 2016; Li et al., 2017; Venara et al., 2016) มีทั้งหมด 5 ข้อประกอบด้วย 1) การผายลมครั้งแรก 2) การถ่ายอุจจาระครั้งแรก 3) อาการคลื่นไส้/อาเจียน 4) อาการท้องอืด/แน่นท้อง 5) การเคลื่อนไหวลำไส้ โดยมีเกณฑ์การ ให้คะแนนดังนี้ 0 หมายถึง ไม่มีอาการเลย 1 หมายถึง มีอาการน้อย/ผิดปกติ 2 หมายถึง ปกติ โดยมีเกณฑ์ในการแปลผล คะแนนรวมดังนี้ 0-3 คะแนน หมายถึง การทำงานของลำไส้ยังไม่ฟื้นตัว 4-6 คะแนน หมายถึง เริ่มฟื้นตัว 7-10 คะแนน หมายถึง ฟื้นตัวใกล้เคียงปกติ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดและแนวทางของ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) (Gustafsson et al., 2013) และงานวิจัยที่ศึกษาการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัด



ดับ (van Dam et al., 2008) โดยเก็บข้อมูลหลังผ่าตัดวันที่ 0 ถึงวันที่ 4 หลังผ่าตัด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 0 หมายถึง ทำไม่ได้ 1 หมายถึง ทำได้ ในแต่ละกิจกรรม (4 กิจกรรม) สามารถได้ 0-1 คะแนน รวมต่อวันได้ 0-4 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนรวมดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ 1-2 คะแนน หมายถึง เริ่มมีการเคลื่อนไหวระดับเบื้องต้น 3-4 คะแนน หมายถึง มีการเคลื่อนไหวได้ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากวิจัยในครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทุกฉบับ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัด 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปสำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล 3) แบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ 4) แบบประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ 5) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกผ่าตัด 6) แบบประเมินระดับความปวด 7) แบบประเมินการทำงานของลำไส้ และ 8) แบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด โดยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและครอบคลุมของเนื้อหา ก่อนนำมารวบรวมข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จากนั้นได้ทำการแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity: CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.91 นำเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ 2) แบบประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ 3) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกผ่าตัด 4) แบบประเมินการทำงานของลำไส้ และ 5) แบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด นำไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.87 0.85 0.78 0.88 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดและพัฒนาแนวปฏิบัติฯ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ Soukup (2000) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาทางคลินิก (Evidence triggered phase) โดยทีมผู้วิจัยได้มีการค้นหาปัญหาทางคลินิก ข้อมูลจากเวชระเบียน เอกสารรายงานความเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ร่วมกับการใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Evidence-support phase) กำหนดขอบเขตในการเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดวัตถุประสงค์การสืบค้นประเด็นที่เกี่ยวข้องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกผ่าตัด โดยมีขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ดังนี้ กำหนดเกณฑ์ในการ



สืบค้น โดยกำหนดคำสำคัญตามกรอบ PICO (Melnik & Fineout- Overholt, 2005) และแหล่งสืบค้นข้อมูล โดยสืบค้นงานวิจัยจากวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยต่างๆ วารสารทางการแพทย์ และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศจากระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ทางการแพทย์และวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ฐานข้อมูลงานวิจัยทางการแพทย์ในประเทศไทย ระหว่างปี ค.ศ. 2010 จนถึงปัจจุบัน และสืบค้นจากเอกสารอ้างอิง บทความทางวิชาการจากวารสารและงานวิจัยที่ไม่ได้อยู่ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จากนั้นนำงานวิจัยที่ได้มา วิเคราะห์และวิจารณ์งานวิจัยเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจว่างานวิจัยในเรื่องนั้นๆ มีคุณภาพดีพอที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนา Evidence-Based Practice (EBP) หรือไม่ โดยใช้เกณฑ์ประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of Applicability) ในการศึกษาที่ใช้วิธีการตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2014) สามารถสังเคราะห์และสรุปวิธีปฏิบัติที่แนะนำจากหลักฐานการสืบค้นมาแล้วมีงานวิจัยทั้งหมด เรื่อง 14 เรื่อง สามารถแบ่งเป็นระดับของหลักฐานได้เป็น ระดับ A จำนวน 8 เรื่อง ระดับ B จำนวน 6 เรื่อง โดยแบ่งเป็นงานวิจัยที่ทำในต่างประเทศ 6 เรื่อง และในประเทศไทย 8 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและนำไปทดลองใช้ (Evidence-observed phase) ผู้วิจัยจัดทำเป็นร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ ประกอบไปด้วย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ไปตรวจสอบคุณภาพหาความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยนำไปวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาในด้านความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจน ความเข้าใจของเนื้อหา หลังจากนั้นจึงนำผลการประเมินมาคำนวณหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.91

ขั้นตอนที่ 4 การนำไปทดลองใช้ (Evidence-based phase) ภายหลังได้ร่างแนวปฏิบัติฯ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงแล้ว (Prototype) ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกผ่าตัดตับจำนวน 5 คน และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 5 คน พบว่า ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมีการทำงานของลำไส้ อยู่ในระดับดี อาการปวดส่วนใหญ่ร้อยละ 60 อยู่ระดับปวดน้อย และมีระดับการเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ร้อยละ 80 อยู่ในระดับมาก และพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 100 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

ระยะที่ 2 ศึกษาผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ โดยการนำแนวปฏิบัติฯ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้แนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย วิทยาลัยพยาบาล จำนวน 38 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 29 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรม จำนวน 11 คน เพื่อชี้แจงและให้ข้อมูล ขั้นตอน เกี่ยวกับการวิจัย พร้อมลงชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลการวิจัยด้วยแบบสอบถามและชี้แจงเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้น



2. เก็บข้อมูลนาร่องในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกผ่าตัดตับซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 17 คน จากนั้นเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกผ่าตัดตับซึ่งเป็นกลุ่มทดลองใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 17 คน เพื่อทดสอบประสิทธิผลซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ใช้แนวปฏิบัติ และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกผ่าตัดตับ ข้อมูลการประเมินการรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ แบบประเมินระดับความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ข้อมูลระดับความปวด การทำงานของลำไส้ และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square test

2. เปรียบเทียบข้อมูลระดับความปวด การทำงานของลำไส้ และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ด้วยสถิติ Independent t-test ในกรณีที่ข้อมูลในแต่ละกลุ่มต้องมีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) หากไม่เป็นตามเงื่อนไขใช้สถิติ Mann-Whitney U test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตามเอกสารรับรองรหัสโครงการ 064/67 C ลงวันที่ 12 พฤศจิกายน 2567 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลและรายละเอียดการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดตับ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ มีการรักษาความลับ ข้อมูลนำเสนอในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในเอกสารยินยอมความร่วมมือในการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาศาสนาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตับและพัฒนาแนวปฏิบัติ

1.1 ผลการศึกษาศาสนาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตับ พบว่า ขาดการประสานข้อมูลผู้ป่วยล่วงหน้าทำให้การเตรียมผ่าตัดไม่ครบถ้วน ไม่มีแนวทางมาตรฐานที่ชัดเจนในการเลือกเทคนิคการผ่าตัดและควบคุมการสูญเสียเลือดร่วมกับทีมวิสัญญีและข้อมูลความเสี่ยงและแผนการดูแลหลังผ่าตัดไม่ถูกสื่อสารครบถ้วนให้กับทีมพยาบาลผู้ป่วย ขาดแนวปฏิบัติที่เป็นระบบสำหรับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตับในทุกระยะของการผ่าตัด รวมถึงพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ อุณหภูมิต่ำระหว่างผ่าตัด การสูญเสียเลือดมาก การฟื้นตัวจากยาชา และ ข้อมูลการเฝ้าระวังหลังผ่าตัด เช่น pain score การทำงานของระบบทางเดินอาหาร ไม่ได้ถูกติดตามอย่างต่อเนื่อง ไม่มีคู่มือหรือแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดตับโดยเฉพาะ ขาดความรู้เฉพาะด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตับและขาดการประเมินและส่งเสริม early ambulation และการฟื้นตัวของระบบทางเดินอาหารอย่างเป็นระบบ



1.2 ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติฯ โดยได้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ ประกอบไปด้วย 3 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1 แผนผังแสดงขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ หมวดที่ 2 คู่มือแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ และหมวดที่ 3 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการพยาบาล

บุคลากรพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.15 อายุเฉลี่ย 37.34 ปี (S.D.=3.53) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งวิสัญญีพยาบาล รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม และ พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรม ร้อยละ 48.72 37.18 และ 14.10 ตามลำดับ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตับ เฉลี่ย 8.47 ปี (S.D.=2.69) และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ ร้อยละ 60.26 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (n=78)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	3.85
หญิง	75	96.15
อายุ (ปี) ($\bar{X}$ =37.34, S.D.=3.53)		
20-29	1	1.28
30-39	59	75.64
40-49	17	21.79
50-59	1	1.28
หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน		
วิสัญญีพยาบาล	38	48.72
ห้องอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	29	37.18
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	11	14.10
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	76	97.44
ปริญญาโท	2	2.56



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตับ (ปี) ($\bar{X}$ =8.47, S.D.=2.69)		
1-2 (Novice)	1	1.28
3-4 (Advance Beginner)	2	2.56
5-7 (Competent)	22	28.21
8-10 (Proficient)	46	58.97
10-25 (Expert)	7	8.97
การได้รับการอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกตัวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับ		
เคย	47	60.26
ไม่เคย	31	39.74

2) ผลการศึกษาการรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านความเป็นไปได้ทุกด้านและภาพรวมความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับเป็นไปได้มาก ($\bar{X}$ =3.88 S.D.=0.22) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับไปใช้ (n=78)

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1) ความง่ายและความสะดวกของการใช้แนวปฏิบัติฯ	3.65	0.18	เป็นไปได้มาก
2) ความชัดเจน เข้าใจง่ายของแนวปฏิบัติ	3.87	0.04	เป็นไปได้มาก
3) ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	3.88	0.17	เป็นไปได้มาก
4) ประโยชน์ที่ได้รับของหน่วยงานช่วยสามารถประหยัด และลดต้นทุนทั้งด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ	3.83	0.19	เป็นไปได้มาก
5) ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติไปใช้	4.19	0.42	เป็นไปได้มาก
6) ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน	3.83	0.15	เป็นไปได้มาก
ภาพรวมความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	3.88	0.22	เป็นไปได้มาก

3) ผลการศึกษาความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติฯ ไปใช้ พบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจทุกด้านและความพึงพอใจภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติ อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{X}$ =3.98 S.D.=0.10) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับไปใช้ (n=78)

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
1) เนื้อหาเข้าใจง่าย สะดวกต่อการนำไป	3.87	0.07	พึงพอใจมาก
2) ทำให้การวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว	3.93	0.02	พึงพอใจมาก
3) แนวปฏิบัติทำให้ตัดสินใจดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมขึ้น	4.01	0.17	พึงพอใจมาก



ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของบุคลากรพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดตับไปใช้ (ต่อ)

ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
4) มีเนื้อหาถูกต้องและตรงประเด็น	3.95	0.08	พึงพอใจมาก
5) แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีกับผู้ป่วยบริการ	4.08	0.15	พึงพอใจมาก
6) ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในภาพรวม	4.01	0.02	พึงพอใจมาก
ภาพรวมความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ	3.98	0.10	พึงพอใจมาก

2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับ

1) เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Fisher's Exact test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบปริมาณการสูญเสียเลือดและระยะเวลาการได้รับยาระงับความรู้สึก ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละและเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับจำแนกตามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=34)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=17)		กลุ่มทดลอง (n=17)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.134	0.714
ชาย	12	70.6	11	64.7		
หญิง	5	29.4	6	35.3		
อายุ (ปี)					1.040	0.792
31-40 ปี	1	5.88	0	0		
41-50 ปี	1	5.88	1	5.88		
51-60 ปี	3	17.65	3	17.65		
มากกว่า 60 ปี	12	70.59	13	76.47		
ระดับการศึกษา					0.525	0.769
ประถมศึกษา	12	70.58	10	58.82		
มัธยมศึกษา	3	17.64	4	23.53		
ปริญญาตรี	2	11.76	3	17.65		
สถานภาพสมรส					0.565	0.904
สมรส	8	47.06	10	58.82		
หม้าย	2	11.76	2	11.76		
หย่าร้าง	3	17.64	2	11.76		
โสด	4	23.53	3	17.64		



ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละและเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดตับจำแนกตามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n= 17)		กลุ่มทดลอง (n= 17)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	$\bar{X}$ =23.58, S.D.= 4.28		$\bar{X}$ =24.35, S.D.=2.85		1.365	0.505
18.5-22.9	4	23.53	3	17.64		
23.0-24.9	10	58.82	8	47.06		
25.0-29.9	4	23.53	6	35.30		
สถานะทางกายภาพของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด (ASA classification)					0.000	1.000
ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวปานกลางถึงรุนแรง (ASA 3)	17	100	17	100		
การมีโรคร่วม					0.118	0.732
มีโรคประจำตัว	9	52.94	8	47.06		
ไม่มีโรคประจำตัว	8	47.06	9	52.94		
ระดับความรุนแรงของโรคตับแข็ง(Child-Pugh classification)					0.000	1.000
ตับแข็งระยะเริ่มต้น (Child-Pugh A)	16	94.11	16	94.11		
ตับแข็งระยะปานกลาง (Child-Pugh B)	1	5.89	1	5.89		
ประวัติการดื่มสุรา					0.119	0.730
ดื่มสุรา	9	52.94	10	58.82		
ไม่ดื่มสุรา	8	47.06	7	41.18		
ประวัติการผ่าตัด					0.180	0.671
เคยผ่าตัด	3	17.65	4	23.53		
ไม่เคยผ่าตัด	14	82.35	13	76.47		
การวินิจฉัยโรค					0.000	1.000
HCC	17	100	17	100		
การผ่าตัด					0.119	0.730
Lt. Hepatectomy	7	41.18	8	47.06		
Rt. Hepatectomy	10	58.82	9	52.94		
ปริมาณการสูญเสียเลือด (ml)	$\bar{X}$ =735.29, S.D.=102.25		$\bar{X}$ =750.46, S.D.=98.58		-0.440**	0.663
ระยะเวลาการได้รับยาระงับความรู้สึก (นาที)	$\bar{X}$ =328.82, S.D.=118.17		$\bar{X}$ =301.15, S.D.=98.65		0.741**	0.464
ภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด						
ไม่มี	9	52.94	10	58.82	0.119	0.730
มี	8	47.06	7	41.18		

*p-value<.05, ** Independent t-test



2) ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อาการปวด การทำงานของลำไส้ การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด และจำนวนวันนอน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความปวด น้อยกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value}<.001$) ด้านการทำงานของลำไส้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนการทำงานของลำไส้ ดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value}=.004$) ด้านการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัด ดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p\text{-value}<.001$) และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองที่ใช้แนวปฏิบัติ มีจำนวนวันนอนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ($p\text{-value}<.753$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อาการปวด การทำงานของลำไส้ การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดและจำนวนวันนอนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=34$)

ดัชนีบ่งชี้การฟื้นตัว หลังการผ่าตัด	กลุ่มควบคุม (n =17)			กลุ่มทดลอง (n =17)			t	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย		
อาการปวดแผลผ่าตัด								
วันที่ 0 หลังการผ่าตัด	15 (88.2 %)	2 (11.8 %)	0 (0.00)	10 (58.8 %)	7 (41.2 %)	0 (0.00)		
วันที่ 1 หลังการผ่าตัด	7 (41.2 %)	9 (52.9 %)	1 (5.9 %)	2 (11.8 %)	8 (47.1 %)	7 (41.2 %)		
วันที่ 2 หลังการผ่าตัด	4 (23.5 %)	9 (52.9 %)	4 (23.5 %)	0 (0.00)	6 (35.3 %)	11 (64.7 %)		
วันที่ 3 หลังการผ่าตัด	3 (17.6 %)	6 (35.3 %)	8 (47.1 %)	0 (0.00)	4 (23.5 %)	13 (76.5 %)		
วันที่ 4 หลังการผ่าตัด	1 (5.9 %)	4 (23.5 %)	12 (70.6%)	0 (0.00)	1 (5.9 %)	16 (94.1 %)		
ภาพรวม	$\bar{X}$ =4.5, S.D.=1.1			$\bar{X}$ =2.8, S.D.=1.0			-4.715	<.001*
การทำงานของลำไส้								
วันที่ 0 หลังการผ่าตัด	0 (0.00)	1 (5.9 %)	16 (94.1 %)	0 (0.00)	2 (11.8 %)	15 (88.2 %)		
วันที่ 1 หลังการผ่าตัด	1 (5.9 %)	6 (35.3 %)	10 (58.8 %)	4 (23.5 %)	10 (58.8%)	3 (17.6 %)		
วันที่ 2 หลังการผ่าตัด	3 (17.6 %)	8 (47.1 %)	6 (35.3 %)	9 (52.9 %)	6 (35.3 %)	2 (11.8 %)		
วันที่ 3 หลังการผ่าตัด	6 (35.3 %)	9 (52.9 %)	2 (11.8 %)	12 (70.6 %)	5 (29.4 %)	0 (0.00)		
วันที่ 4 หลังการผ่าตัด	9 (52.9 %)	7 (41.2 %)	1 (5.9)	14 (82.4 %)	3 (17.6 %)	0 (0.00)		
ภาพรวม	$\bar{X}$ =2.5, S.D.=0.8			$\bar{X}$ =3.4, S.D.=0.6			3.711	.004*
การเคลื่อนไหวไหวหลังผ่าตัด								
วันที่ 0 หลังการผ่าตัด	1 (5.9 %)	6 (35.3 %)	10 (58.8 %)	5 (29.4 %)	9 (52.9 %)	3 (17.6 %)		
วันที่ 1 หลังการผ่าตัด	4 (23.5 %)	8 (47.1 %)	5 (29.4 %)	12 (70.6 %)	5 (29.4 %)	0 (0.00)		
วันที่ 2 หลังการผ่าตัด	7 (41.2 %)	7 (41.2 %)	3 (17.6 %)	14 (82.4 %)	3 (17.6 %)	0 (0.00)		
วันที่ 3 หลังการผ่าตัด	10 (58.8 %)	6 (35.3 %)	1 (5.9 %)	15 (88.2 %)	2 (11.8 %)	0 (0.00)		
วันที่ 4 หลังการผ่าตัด	1 (5.9 %)	6 (35.3 %)	10 (58.8 %)	5 (29.4 %)	9 (52.9 %)	3 (17.6 %)		
ภาพรวม	$\bar{X}$ =2.2, S.D.=0.9			$\bar{X}$ =3.1, S.D.=0.8				
จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังการผ่าตัด	$\bar{X}$ =9.12, S.D.=3.60			$\bar{X}$ =8.65, S.D.=4.90				

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



อภิปรายผล

สถานการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตับ จากการศึกษาพบว่ายังมีความพร้อมเชิงระบบหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการประสานข้อมูลล่วงหน้า เช่น รายการยา ไรครวม และแผนการดูแลหลังผ่าตัด ซึ่งมักไม่ได้ถูกรวบรวมและส่งต่ออย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดของทีมสหสาขาวิชาชีพไม่สมบูรณ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Greenberg et al (2021) ซึ่งพบว่า ความล้มเหลวในการสื่อสารระหว่างทีม perioperative เป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนสูง เช่น การผ่าตัดตับ ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลแบบบูรณาการและมีการประเมินความเสี่ยงอย่างครอบคลุม นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการขาดมาตรฐานการปฏิบัติร่วมกันระหว่างทีมศัลยกรรมและทีมวิสัญญี เช่น การเลือกเทคนิคผ่าตัด การบริหารสารน้ำ และการควบคุมการสูญเสียเลือดที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น อุณหภูมิร่างกายต่ำระหว่างผ่าตัด และการฟื้นตัวช้า โดยการศึกษาของ Bergs et al (2022) รายงานว่า การใช้ Surgical safety checklist และทีมที่มีการฝึกซ้อมแนวทางปฏิบัติร่วมกันอย่างชัดเจน สามารถลดอัตราภาวะแทรกซ้อน Perioperative ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในการผ่าตัดช่องท้องขนาดใหญ่ สำหรับในด้านการส่งต่อข้อมูลจากห้องผ่าตัดไปยังหอผู้ป่วยนั้นยังไม่เป็นระบบ ข้อมูลสำคัญ เช่น แผนการระงับปวด ผลการผ่าตัด และเป้าหมายการฟื้นตัว มักไม่ได้ถูกสื่อสารอย่างครบถ้วน ซึ่งอาจทำให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยไม่สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการลุกเดินเร็วและการเริ่มอาหารในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโดย Stagers et al (2021) ที่เน้นย้ำว่าการใช้แนวทางการส่งต่อข้อมูลแบบมีโครงสร้าง (Structured handoff protocols) ร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เช่น แบบตรวจสอบดิจิทัล (Digital checklist) และแดชบอร์ดการดูแลก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด (perioperative dashboards) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความครบถ้วนของข้อมูลที่ส่งต่อ และส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดตับ ครอบคลุมกระบวนการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกมิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทาง ERAS ที่เน้นการบูรณาการการดูแลแบบองค์รวมตั้งแต่มองจนถึงหลังการผ่าตัด เพื่อเร่งการฟื้นตัวและลดภาวะแทรกซ้อน (Ljungqvist, Scott, & Fearon, 2017) ในระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการฟื้นตัวที่ดีขึ้น (Noba et al., 2019) ขณะที่ในระยะผ่าตัด การใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกและการดูแลที่เหมาะสม ช่วยลดการตอบสนองต่อความเครียดจากการผ่าตัดและลดการสูญเสียเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแทรกซ้อน (Gustafsson et al., 2019) และในระยะหลังผ่าตัด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่ง เดินเร็ว การให้อาหารทางปากเร็ว รวมถึงการประเมินอาการปวดและการทำงานของลำไส้ช่วยลดโอกาสเกิดภาวะลำไส้ไม่ทำงาน (Postoperative ileus) และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ (Ni et al., 2019) นอกจากนี้ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจะครอบคลุมกระบวนการพยาบาลในทุกระยะแล้ว งานวิจัยนี้ยังได้บูรณาการ ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (Theory of Goal Attainment) ของ King เข้ากับกิจกรรมการพยาบาลแต่ละระยะ โดยให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาล



และผู้ป่วย (Nurse-patient interaction) การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการฟื้นฟูของตนเองอย่างชัดเจน (King, 1992) ผลการบูรณาการทฤษฎีนี้สะท้อนให้เห็นว่าผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีแนวโน้มที่ดีกว่า ทั้งในด้านการลดความปวด การฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่รายงานว่า การมีปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายการดูแลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการพยาบาลและผลลัพธ์ทางคลินิก (Park, 2021) ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นซึ่งบูรณาการการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบในทุกระยะของการผ่าตัดตับ ไม่เพียงแต่ช่วยส่งเสริมการฟื้นตัว แต่ยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรม รวมถึงการบูรณาการทฤษฎีของ King เข้ากับกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละระยะของการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตับ จึงไม่เพียงแต่ช่วยสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย แต่ยังเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการฟื้นตัวและลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้จริง ซึ่งการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นซึ่งบูรณาการตามแนวทาง ERAS ส่งผลให้ผู้ผ่าตัดตับมีผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิกหลายด้าน โดยเฉพาะการลดระดับความปวด การฟื้นตัวของการทำงานของลำไส้ และการเพิ่มการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดในด้านการจัดการความปวด แนวปฏิบัติเน้นการใช้การระงับปวดหลายวิธี (multimodal analgesia) และการประเมินความปวดอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีความปวดลดลง ส่งเสริมการลุกนั่งและเดินเร็ว ในด้านการทำงานของลำไส้ การเริ่มให้อาหารทางปากเร็วและการส่งเสริมการเคลื่อนไหวตั้งแต่ระยะแรกมีผลต่อการกลับมาทำงานของระบบทางเดินอาหารเร็วขึ้น เช่น การผายลมและการถ่ายอุจจาระ ซึ่งสอดคล้องกับผลของ Ni et al (2019) ที่แสดงว่า ERAS protocol ช่วยลดระยะเวลาการเกิด First flatus และ First bowel movement ได้เร็วกว่าการดูแลตามมาตรฐาน สำหรับด้านการเคลื่อนไหว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยลุกนั่งและเดินใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และช่วยเร่งการฟื้นตัวโดยรวมของผู้ป่วย การศึกษาของ Noba et al (2019) และ Gustafsson et al (2019) ยืนยันว่าการเคลื่อนไหวเร็วเป็นองค์ประกอบสำคัญของ ERAS ที่ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาอนโรงพยาบาลได้จริง ดังนั้น แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจึงส่งผลให้ผู้ผ่าตัดตับมีผลลัพธ์ที่สำคัญในเชิงคลินิก ได้แก่ ความปวดที่ลดลง การฟื้นตัวจากระบบทางเดินอาหารที่เร็วขึ้น และการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้น ซึ่งล้วนเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด (Enhanced recovery)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้เป็น คู่มือหรือมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตับในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. เครื่องมือประเมินที่พัฒนาขึ้น เช่น แบบประเมินการทำงานของลำไส้ แบบบันทึกการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด และการประเมินความปวด สามารถใช้เป็น เครื่องมือมาตรฐานในการติดตามผลลัพธ์ผู้ป่วย



3. ผลการวิจัยนี้เป็น ฐานข้อมูลเบื้องต้น สำหรับการพัฒนาและต่อยอดงานวิจัยในอนาคต โดยเฉพาะการศึกษา ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น หรือในโรงพยาบาลระดับต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษากับกลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดจำนวนมากขึ้น และในโรงพยาบาลหลายระดับ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวหลังผ่าตัด เช่น คุณภาพชีวิต (Quality of life) การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ (Readmission) และอัตราการรอดชีวิต (Survival rate) เพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติอย่างครบถ้วน

เอกสารอ้างอิง

- โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. (2566). รายงานสถิติการให้บริการระดับความรู้สึกผ่าตัด พ.ศ. 2564-2566. สืบค้นจาก <https://www.sunpasit.go.th>
- Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikšić, M., et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): Analysis of individual records for 37 million patients. *The Lancet*, 391(10125), 1023-1075. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33326-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33326-3)
- Bergs, J., et al. (2022). Surgical safety checklist use and teamwork in the operating room: A systematic review. *BMJ Open*, 12(1), e057161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057161>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., et al. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.2183>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Feldheiser, A., Aziz, O., Baldini, G., Cox, B. P. B. W., Fearon, K. C. H., Feldman, L. S., et al. (2016). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery-Part 2: Consensus statement for liver, pancreas, and gastric surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 60(3), 289-334. <https://doi.org/10.1111/aas.1265>
- Forner, A., Reig, M., & Bruix, J. (2018). Hepatocellular carcinoma. *The Lancet*, 391(10127), 1301-1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30010-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30010-2)



เอกสารอ้างอิง

- Galle, P. R., Forner, A., Llovet, J. M., Mazzaferro, V., Piscaglia, F., Raoul, J. L., et al. (2018). EASL clinical practice guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology*, 69(1), 182-236. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.019>
- Golder, H. J., & Papalois, V. (2021). Enhanced Recovery after Surgery: History, key advancements and developments in transplant surgery. *Journal of Clinical Medicine*, 10(8), 1634. <https://doi.org/10.3390/jcm10081634>
- Greenberg, C. C., et al. (2021). Communication in the perioperative setting: An underappreciated risk factor. *Journal of the American College of Surgeons*, 232(3), 367-377. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.11.009>
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N., et al. (2019). Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2019. *World Journal of Surgery*, 43(3), 659-695. <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y>
- Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Schwenk, W., Demartines, N., Roulin, D., Francis, N., et al. (2013). Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World Journal of Surgery*, 37(2), 259-284. <https://doi.org/10.1007/s00268-012-1772-0>
- International Agency for Research on Cancer. (2022). *GLOBOCAN 2022: Liver cancer fact sheet*. Lyon, France: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Retrieved from <https://gco.iarc.fr>
- King I. M. (1992). King's theory of goal attainment. *Nursing science quarterly*, 5(1), 19-26. <https://doi.org/10.1177/089431849200500107>
- Kok, B., Stam, E. J., Klop, R. W., & van Laarhoven, A. C. (2018). Anaesthesia for liver surgery: Recent developments. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 32(2), 203-214. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2018.04.002>
- Li, L., Chen, J., Liu, Z., & Li, Q. (2017). Enhanced recovery program versus traditional care after hepatectomy: A meta-analysis. *Medicine*, 96(38), e8052. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008052>



เอกสารอ้างอิง

- Ljungqvist, O., Scott, M., & Fearon, K. C. (2017). Enhanced Recovery After Surgery: A review. *JAMA Surgery*, 152(3), 292-298. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4952>
- Ni, X., Jia, D., Guo, Y., Sun, X., & Suo, J. (2019). The efficacy and safety of enhanced recovery after surgery (ERAS) program in laparoscopic digestive system surgery: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*, 69, 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2019.07.034>
- Noba, L., Rodgers, S., Chandler, C., Balfour, A., Hariharan, D., & Yip, V. S. (2020). Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) reduces hospital costs and improves clinical outcomes in liver surgery: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 24(4), 918-932. <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04499-0>
- Park, B. M. (2021). Development and effect of a fall prevention program based on King's theory of goal attainment in long-term care hospitals: An experimental study. *Healthcare*, 9(6), 715. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060715>
- Proctor, E. K., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., et al. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York, NY: Free Press.
- Rumgay, H., Ferlay, J., de Martel, C., Georges, D., Ibrahim, A. S., Zheng, R., et al. (2021). Global incidence of hepatocellular carcinoma and intrahepatic cholangiocarcinoma in 2018. *Scientific Abstracts*. <https://doi.org/10.1158/1538-7755.ASGCR21-44>
- Soukup S. M. (2000). The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *The Nursing clinics of North America*, 35(2), 301-309.
- Staggers, N., et al. (2021). Handoff communication in surgical patients: Evidence-based strategies for structured transitions. *AORN Journal*, 113(2), 123-136. <https://doi.org/10.1002/aorn.13456>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., et al. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>



เอกสารอ้างอิง

- The Joanna Briggs Institute. (2013). New JBI Levels of Evidence. Retrieved May 1, 2024. from https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
- Venara, A., Neunlist, M., Slim, K., Barbieux, J., Colas, P. A., Hamy, A., et al. (2016). Postoperative ileus: Pathophysiology, incidence, and prevention. *Journal of Visceral Surgery*, 153(6), 439-446. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc Surg.2016.08.010>
- Weiner, B. J., Lewis, C. C., Stanick, C., Powell, B. J., Dorsey, C. N., Clary, A. S., et al. (2017). Psychometric assessment of three newly developed implementation outcome measures. *Implementation Science*, 12, 108. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0635-3>
- Xu, X., Wang, Y., Feng, T., Zhao, X., Liao, Y., Ji, W., et al. (2016). Nonstrict and individual enhanced recovery after surgery (ERAS) in partial hepatectomy. *SpringerPlus*, 5. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3688-x>
- Yang, J. D., Hainaut, P., Gores, G. J., Amadou, A., Plymoth, A., & Roberts, L. R. (2019). A global view of hepatocellular carcinoma: Trends, risk, prevention and management. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 16(10), 589-604. <https://doi.org/10.1038/s41575-019-0186-y>
- Zhang, M., Wang, L., Li, P., & Fu, G. (2017). Depression and quality of life in patients with hepatocellular carcinoma. *Psychology, Health & Medicine*, 22(6), 674-680. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1220602>



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขตและ

เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี

เอกสิษฐ์ ภูพิชฌาณันท์^{1*} และณัฐนันท์ ภูพิชฌาณันท์¹

¹โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต กาญจนบุรี

(วันที่รับบทความ: 2 กรกฎาคม 2568; วันที่แก้ไข: 15 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับ: 26 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในเขตบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขตและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 150 ราย ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ แบบประเมิน Barthel ADL Index และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-30) วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 48.00 ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยร้อยละ 34.67 ผู้สูงอายุร้อยละ 100 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามเกณฑ์ Barthel ADL Index ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อาชีพ ($p=.002$) โรคกระเพาะอาหาร ($p=.047$) โรคกล้ามเนื้อและข้อ ($p=.011$) โรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืด ($p=.018$) ปัญหาการนอน ($p<.001$) ความจำบกพร่อง ($p=.003$) ความลำบากในการรับประทานอาหาร ($p=.002$) ความลำบากในการเคลื่อนไหว ($p=.023$) การไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ($p=.001$) การขาดรายได้ประจำ ($p=.010$) และการขาดการสนับสนุนทางจิตใจ ($p<.001$) ผลการศึกษาสะท้อนว่าการคัดกรองสุขภาพจิตควรทำควบคู่กับการดูแลโรคเรื้อรังและควรบูรณาการมาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจและสังคมในครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ภาวะซึมเศร้า

*ผู้รับผิดชอบบทความ: เอกสิษฐ์ ภูพิชฌาณันท์; Anuchitaeiou@gmail.com



Prevalence and Associated Factors of Depression among the Elderly with Non-communicable Disease at Somdejprapiyamaharajrommaneeyakheth Hospital and Its Subdistrict Health Promoting Hospital Network, Kanchanaburi Province

Eakasit Phuphitchatanat^{1*} and Nattanan Phuphitchatanat¹

¹Somdejprapiyamaharajrommaneeyakheth Hospital, Kanchanaburi Province

(Received: 2 July 2025; Revised: 15 September 2025; Accepted: 26 September 2025)

Abstract

This study aimed to examine the prevalence and factors associated with depression among older adults with non-communicable diseases (NCDs) in the service area of Somdejprapiyamaharajrommaneeyakheth Hospital and its subdistrict health-promoting hospital network in Kanchanaburi Province, Thailand. The sample consisted of 150 older adults aged 60 years and above selected through systematic random sampling between May - June 2024. Research instruments included a general information questionnaire, a health information questionnaire, the Barthel Activities of Daily Living (ADL) Index, and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS-30). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square tests, and Fisher's exact tests.

The results demonstrated that the prevalence of depression among the participants was 48.0%, with the majority presenting at a mild level (34.67%). All participants (100%) were functionally independent according to the Barthel ADL Index. Factors significantly associated with depression included occupation ($p=.002$), gastrointestinal disease ($p=.047$), musculoskeletal disorders ($p=.011$), chronic obstructive pulmonary disease/asthma ($p=.018$), sleep problems ($p<.001$), memory impairment ($p=.003$), difficulty eating ($p=.002$), difficulty moving ($p=.023$), non-participation in community activities ($p=.001$), lack of regular income ($p=.010$), and lack of emotional support ($p<.001$). The study highlights the importance of integrating mental health screening into chronic disease management and incorporating socioeconomic and community support measures to prevent and reduce depression in older adults.

Keywords: older adults, non-communicable diseases, depression

***Corresponding author:** Eakasit Phuphitchatanat; Anuchitaeiou@gmail.com



บทนำ

ปัจจุบันโลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2022) รายงานว่า ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากกว่า 1,000 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นกว่า 2,000 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2050 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ระบุว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักทั่วโลกและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังมักเผชิญภาวะซึมเศร้าในอัตราสูงกว่ากลุ่มทั่วไป

สำหรับประเทศไทย สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2563) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2576 สัดส่วนผู้สูงอายุจะสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ขณะที่กรมควบคุมโรค (2564) รายงานว่า NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้ งานวิจัยในหลายจังหวัด เช่น ราชบุรีและชลบุรี พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอยู่ระหว่างร้อยละ 29.73–37.33 (สรร กลิ่นวิจิต, เวรกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, และคณะ, 2558; ชูติมา มาลัย และคณะ, 2562) สะท้อนว่าปัญหาสุขภาพกายจากโรคเรื้อรังสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาที่ระดับพื้นที่ จังหวัดกาญจนบุรีมีผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 1,439 คน (ฝ่ายสารสนเทศ โรงพยาบาล, 2566) โดยพบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายกลุ่ม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 932 ราย โรคเบาหวาน 334 ราย ผู้ที่มีทั้งโรคเบาหวานและโรคความดัน 311 ราย โรคถุงลมโป่งพอง 145 ราย โรคหอบหืด 18 ราย โรคมะเร็ง 27 ราย โรคไตวายเรื้อรัง 187 ราย โรคอ้วน 122 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 56 ราย และโรคหัวใจ 169 ราย ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนภาระโรคที่สูงและต่อเนื่องในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าหากขาดระบบการดูแลเชิงรุกและการสนับสนุนทางสังคม

งานวิจัยก่อนหน้านี้ชี้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ หญิง อายุที่มากขึ้น การศึกษาต่ำ รายได้ไม่เพียงพอ และสถานภาพสมรสที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง (ชูติมา มาลัย และคณะ, 2562; WHO, 2022) ปัจจัยด้านสุขภาพกาย เช่น การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (สรร กลิ่นวิจิต, เวรกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และคณะ, 2558; อาคม บุญเลิศ, 2559) และปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น การขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน การอยู่อย่างโดดเดี่ยว การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวหรือคนใกล้ชิด และความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ (ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย หีม, 2565; Hu, Gao, & Zhang, 2022)

อย่างไรก็ตาม ในจังหวัดกาญจนบุรียังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มี NCDs อย่างเป็นระบบ งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการเติมเต็มช่องว่างความรู้ เพื่อใช้วางระบบการคัดกรองสุขภาพจิตเชิงรุก และกำหนดมาตรการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ

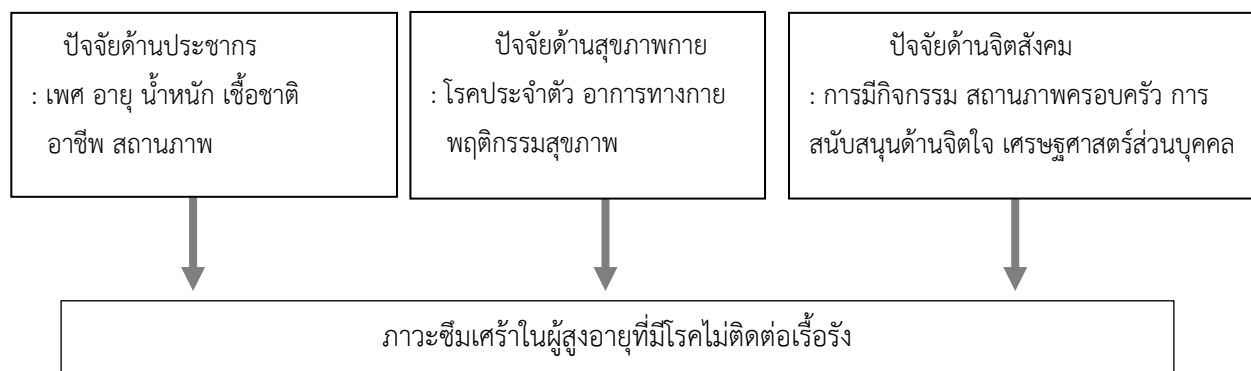


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราช รมณียเขต และเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาญจนบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยครอบคลุมปัจจัยด้านประชากร สุขภาพกายและจิตสังคม ในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้กำหนดภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรตาม โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 3 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก เชื้อชาติ อาชีพ สถานภาพ (ชุดิมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ และคณะ, 2562; World Health Organization, 2022) ปัจจัยด้านสุขภาพกาย ได้แก่ โรคประจำตัว อาการทางกาย พฤติกรรมสุขภาพ (सरर กลิ่นวิจิต, เวธกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และคณะ, 2558; อาคม บุญเลิศ, 2559) และ ปัจจัยด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ การมีกิจกรรม สถานภาพครอบครัว การสนับสนุนด้านจิตใจ เศรษฐศาสตร์ส่วนบุคคล (อาคม บุญเลิศ, 2559; จูติรัตน์ ช่างทอง และเกษรชัย ทิม, 2565; Hu, Gao, & Zhang, 2022)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2567

ประชากร คือผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราช รมณียเขต และเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2566 พบโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้ที่มีทั้งโรคเบาหวานและโรคความดัน โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ จำนวนทั้งหมด 1,439 คน



เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ผู้ที่มีทั้งโรคเบาหวานและโรคความดัน โรคถุงลมโป่งพอง โรคหอบหืด โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง โรคอ้วน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจ 3) มีสติสัมปชัญญะดี และสามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) อาการโรคอยู่ในระดับคงที่ ไม่รุนแรง และ 5) ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ภาวะสมองเสื่อมหรือบกพร่องทางสติปัญญาจนตอบแบบสอบถามไม่ได้ และ 2) อาการเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลในช่วงเก็บข้อมูลได้

กลุ่มตัวอย่าง การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้ Stratified Random Sampling แบ่งตาม 6 หน่วยบริการ และจัดสรรโควตาตามสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่มี NCDs ของแต่ละหน่วย จากนั้นสุ่มภายในแต่ละชั้นด้วย Systematic Random Sampling โดยกำหนดช่วงคัดเลือกจากอัตราส่วนประชากรต่อโควตา และสุ่มจุดเริ่มต้นด้วยการจับสลาก

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Cochran (1977) สำหรับการประมาณสัดส่วน โดยอิงค่าความชุกภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มี NCDs จากงานวิจัยไทยก่อนหน้า (~29.70–37.30%) จึงกำหนดค่าประมาณกลาง $P=0.30$, ระดับความเชื่อมั่น 95 % ($Z=1.96$) และค่าความคลาดเคลื่อน $d=0.05$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตร Cochran (1977)

$$n = (Z^2 \times P \times (1-P)) / d^2$$

โดยกำหนด $Z = 1.96$ (ค่าคงที่ภายใต้ระดับความเชื่อมั่น 95%)

$P = 0.30$ (ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่ตามงานวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุไทยก่อนหน้า)

$d = 0.05$ (ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้) แทนค่าได้

อย่างไรก็ตาม จากข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรภาคสนามของหน่วยบริการ จึงกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน $d = 0.075$ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ $n = (1.96^2 \times 0.30 \times 0.70) / 0.075^2 = 143.42$ เพื่อความเพียงพอและเพื่อการสูญเสียข้อมูล จึงกำหนดเก็บกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 150 คน ซึ่งมากกว่าขนาดขั้นต่ำตาม $d=0.075$ และสอดคล้องรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาในชุมชน (อ้างอิงสูตรจาก Cochran, 1977; ค่าความชุกจากงานวิจัยไทยก่อนหน้า)

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามด้านประชากร จำนวน 6 ข้อ ครอบคลุมเพศ อายุ น้ำหนัก ศาสนา อาชีพ และสถานภาพสมรส เป็นคำถามปลายปิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอ้างอิงกรอบแนวคิดการวิจัย

2. แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพกาย จำนวน 34 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก กรอบแนวคิดการวิจัย และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประเมินปัจจัยด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุ แบบสอบถามครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่



2.1 โรคประจำตัว จำนวน 15 ข้อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคข้อเข่าเสื่อม และโรคอ้วน เป็นต้น ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบตอบมี ได้ 1 คะแนน ตอบไม่มี ได้ 0 คะแนน

2.2 อาการทางกาย จำนวน 10 ข้อ เช่น ปัญหาการนอนหลับ การเคลื่อนไหว ความจำบกพร่อง การพลัดตกหกล้มปัญหาาระบบทางเดินปัสสาวะ ปัญหาาระบบการอุจจาระ การรับประทานอาหาร การได้ยิน การมองเห็น และการนอนกรน มาตราวัดนามบัญญัติ (Nominal) มี/ไม่มี ใช้เพื่อบ่งชี้ปัญหา

2.3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา การให้คะแนนแบ่งแบบมาตราส่วนความถี่ 3 ระดับ ดังนี้ ไม่ทำเลย=0 คะแนน ทำบางครั้ง=1 คะแนน และ ทำเป็นประจำ=2 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-18 และแปลผลจัดระดับตาม Bloom's cut-off (1979) เพื่อสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรฐานงานวิจัยด้านสาธารณสุข ดังนี้

≥80% (≥15 คะแนน)	หมายถึง มีการดูแลตัวเองด้านสุขภาพสม่ำเสมอ
60-79% (11-14 คะแนน)	หมายถึง มีการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพพอใช้ แต่มีข้อจำกัดบางด้าน
<60% (≤10 คะแนน)	หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ขาดการดูแลสุขภาพ

3. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนไหว การใช้ห้องน้ำ และการขึ้นลงบันได เป็นต้น คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน โดยการแปลผลใช้เกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (2564) แบ่งเป็น 0-4 คะแนน=พึ่งพาทั้งหมด, 5-8 คะแนน=พึ่งพามาก, 9-11 คะแนน=พึ่งพาปานกลาง, 12-19 คะแนน=พึ่งพาน้อย และ 20 คะแนน=พึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

4. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-30) ประกอบด้วย 30 ข้อคำถามปลายปิดแบบสองตัวเลือก (ใช่/ไม่ใช่) ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-30 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์มาตรฐานของ สุภาวดี ภัทรพงศกรานต์ (2545) ดังนี้ 0-12 คะแนน=ปกติ (ไม่มีภาวะซึมเศร้า) 13-18 คะแนน=ซึมเศร้าเล็กน้อย 19-24 คะแนน=ซึมเศร้าปานกลาง และ 25-30 คะแนน=ซึมเศร้ารุนแรง

5. แบบสอบถามข้อมูลด้านจิตสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จำนวน 11 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ การมีกิจกรรม (การทำงานอดิเรก การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน กิจกรรมทางศาสนา) สภาพครอบครัว (การมีคู่สมรส การอยู่คนเดียว ไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย) การสนับสนุนด้านจิตใจ (ไม่มีผู้ให้กำลังใจ หรือพูดคุย ไม่มีคนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านจิตใจ) และเศรษฐศาสตร์ส่วนบุคคล (ไม่มีรายได้ประจำ ขาดความมั่นคงทางการเงิน ไม่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น) ข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด (มี=1 คะแนน, ไม่มี=0 คะแนน) ใช้การวิเคราะห์รายข้อ นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ พร้อมทั้งทดสอบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Chi-square test หรือ Fisher's exact test



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และด้านจิตเวช ได้ค่า IOC ของข้อคำถามอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และได้ปรับปรุงถ้อยคำตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและเวลา การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านมีความเพียงพอต่อการวิจัยนี้ การทดลองใช้เครื่องมือ (Try-out) ดำเนินการกับผู้สูงอายุ 20 ราย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง เพื่อประเมินความเข้าใจ ความชัดเจนของถ้อยคำ และระยะเวลาในการตอบ แม้จำนวนจะน้อย แต่เพียงพอสำหรับการปรับปรุงเครื่องมือให้เหมาะสมกับการเก็บข้อมูลจริง

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (TGDS-30) มีรายงานค่าความเชื่อมั่น Cronbach's $\alpha=0.93$ (สุภาวดี ภัทรพงศกรานต์, 2545) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุข (2564) รายงานว่ามีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's α อยู่ระหว่าง 0.85-0.90 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นแต่ใช้การรวมคะแนนและจัดระดับตาม Bloom's cut-off (1979) คือคะแนน $\geq 80\%$ =ดี 60-79%=ปานกลาง และ $<60\%$ =ต่ำ เพื่อการแปลความหมายเชิงระดับและใช้ในการวิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขตและประธานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 5 แห่ง โดยมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย 3 คน ผ่านการอบรมการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 2 พฤษภาคม-30 มิถุนายน 2567 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที ต่อราย

ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ สิทธิในการเข้าร่วมและการถอนตัว รวมถึงการรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ หลังจากนั้นได้ขอความยินยอมอย่างสมัครใจเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed consent) จากผู้สูงอายุทุกราย ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการดูแลตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกวิเคราะห์และประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์ลักษณะของประชากร ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพกาย ข้อมูลสุขภาพจิต และสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้สถิติ Chi-square test กรณีไม่ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ Chi-square Test จะใช้สถิติ Two Tail Fisher's Exact Test แทน โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ลงวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เลขที่ EC. No. 20/2567 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการคุ้มครองสิทธิตามหลักจริยธรรม ได้แก่ การเข้าร่วมโดยสมัครใจหลังได้รับข้อมูลครบถ้วน การรักษาความลับของข้อมูล การมีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบสิทธิการรักษาพยาบาล และการส่งต่อดูแลอย่างเหมาะสมหากพบภาวะซึมเศร้ารุนแรง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านประชากรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=.002$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	มีภาวะซึมเศร้า (n=72)	ร้อยละ	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=78)	ร้อยละ	p-value
เพศ ^a					.317
ชาย	19	26.39	33	42.31	
หญิง	53	73.61	45	57.69	
อายุ ^a					.271
60-69 ปี	29	40.28	45	57.69	
70- 79 ปี	33	45.83	27	34.61	
≥80 ปี	10	13.89	6	7.70	
อายุเฉลี่ย 71.28±7.81 ปี					
เชื้อชาติ ^b					.224
ไทย	67	93.06	68	87.18	
อิสลาม	5	6.94	10	12.82	
อาชีพ ^a					.002*
ไม่ประกอบอาชีพ	39	54.17	41	52.56	
เกษตรกรกรรม	18	25.00	30	38.46	
อื่นๆ	15	20.83	7	8.98	
สถานะภาพ ^a					.341
โสด	6	8.33	6	7.69	
สมรส	38	52.78	57	73.08	
หย่าร้าง	28	38.89	15	19.23	
ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.4 kg/m ² (ช่วง 16.4-41.3 kg/m ²)					

*p-value<0.05, a=Chi-square test, b=Fisher's exact test



ส่วนที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

จากการประเมินด้วย TGDS-30 พบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 52.00 ขณะที่เกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 48.00 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 34.67 รองลงมาคือซึมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 12.67 และซึมเศร้ารุนแรงร้อยละ 0.66 โดยไม่มีผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันจากแบบประเมิน Barthel ADL ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n=150)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับภาวะซึมเศร้า (TGDS)		
ภาวะปกติ (Normal: 0-12 คะแนน)	78	52.00
ซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild: 13-18 คะแนน)	52	34.67
ซึมเศร้าปานกลาง (Moderate: 19-24 คะแนน)	19	12.67
ซึมเศร้ารุนแรง (Severe: 25-30 คะแนน)	1	0.66
รวมผู้มีภาวะซึมเศร้า	72	48.00
ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index)		
พึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด (20 คะแนน)	150	100

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืด โรคกระเพาะอาหาร และโรคกล้ามเนื้อและข้อ นอนไม่หลับ สูญเสียความจำ การรับประทานอาหารลำบาก และการเคลื่อนไหวลำบาก มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=150)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	สถานะโรค	มีภาวะซึมเศร้า (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=78) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
โรคประจำตัว				
โรคกระเพาะอาหาร ^b	มี	10 (13.89)	1 (1.28)	.047*
	ไม่มี	62 (86.11)	77 (98.72)	
โรคกล้ามเนื้อและข้อ ^a	มี	18 (25.00)	5 (6.41)	.011*
	ไม่มี	54 (75.00)	73 (93.59)	
โรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืด ^a	มี	10 (13.89)	6 (7.69)	.018*
	ไม่มี	62 (86.11)	72 (92.31)	
โรคหัวใจ ^a	มี	12 (16.67)	9 (11.54)	.061
	ไม่มี	60 (83.33)	69 (88.46)	



ตารางที่ 3 ปัจจัยด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัยด้านสุขภาพ	สถานะโรค	มีภาวะซึมเศร้า (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=78) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อาการทางกาย				
นอนไม่หลับ ^a	มี	42 (58.33)	20 (25.64)	<.001**
	ไม่มี	30 (41.67)	58 (74.36)	
สูญเสียความจำ ^a	มี	30 (41.67)	27 (34.62)	.003*
	ไม่มี	42 (58.33)	51 (65.38)	
การรับประทานอาหารลำบาก ^a	มี	25 (34.72)	11 (14.10)	.002*
	ไม่มี	47 (65.28)	67 (85.90)	
การเคลื่อนไหวลำบาก ^a	มี	18 (25.00)	12 (15.38)	.023*
	ไม่มี	54 (75.00)	66 (84.62)	
พฤติกรรมสุขภาพ				
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ^a	มี	26 (36.11)	11 (14.10)	.606
	ไม่มี	46 (63.89)	67 (85.90)	
สูบบุหรี่ ^a	มี	18 (25.00)	16 (20.51)	.158
	ไม่มี	54 (75.00)	62 (79.49)	
ดื่มสุรา ^a	มี	12 (16.67)	9 (11.54)	.768
	ไม่มี	60 (83.33)	69 (88.46)	

*p-value<.05, **p-value<.001, a=Chi-square test, b=Fisher's exact test

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การไม่มีงานอดิเรก การไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การอยู่คนเดียวหรือไม่มีผู้ดูแลหลัก การไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ไม่มีคนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านจิตใจและขาดความมั่นคงทางการเงิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<.05$ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (n=150)

ปัจจัยด้านจิตสังคม	สถานะ	มีภาวะซึมเศร้า (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=78) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การมีกิจกรรม				
การไม่มีงานอดิเรก ^a	มี	22 (30.56)	16 (20.51)	.027*
	ไม่มี	50 (69.44)	62 (79.49)	
การไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ^b	มี	20 (27.78)	11 (14.10)	.001**
	ไม่มี	52 (72.22)	67 (85.90)	
การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ^b	มี	22 (30.56)	9 (11.54)	.114
	ไม่มี	50 (69.44)	69 (88.46)	



ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านจิตสังคมที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ปัจจัยด้านจิตสังคม	สถานะ	มีภาวะซึมเศร้า (n=72) จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=78) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
สถานภาพครอบครัว				
การมีคู่สมรส ^a	มี	37 (51.39)	48 (61.54)	.861
	ไม่มี	35 (48.61)	30 (38.46)	
การอยู่คนเดียว/ไม่มีผู้ดูแลหลัก ^b	มี	33 (45.83)	19 (24.36)	.012*
	ไม่มี	39 (54.17)	59 (75.64)	
ไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ^b	มี	28 (38.89)	7 (8.97)	.018*
	ไม่มี	44 (61.11)	71 (91.03)	
การสนับสนุนด้านจิตใจ				
ไม่มีผู้ให้กำลังใจหรือพูดคุย ^a	มี	50 (69.44)	30 (38.46)	.001**
	ไม่มี	22 (30.56)	48 (61.54)	
ไม่มีคนช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านจิตใจ ^a	มี	32 (44.44)	15 (19.23)	.001**
	ไม่มี	40 (55.56)	63 (80.77)	
เศรษฐศาสตร์ส่วนบุคคล				
ไม่มีรายได้ประจำ ^b	มี	21 (29.17)	9 (11.54)	.010*
	ไม่มี	51 (70.83)	69 (88.46)	
ขาดความมั่นคงทางการเงิน ^a	มี	22 (30.56)	48 (61.54)	<.001**
	ไม่มี	50 (69.44)	30 (38.46)	
ไม่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่น ^b	มี	14 (19.44)	18 (20.08)	.500
	ไม่มี	58 (80.55)	60 (76.92)	

*p-value<.05, **p-value<.001, a=Chi-square test, b=Fisher's exact test

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 48.00 ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ควรได้รับความสนใจอย่างยิ่ง นอกจากนี้ยังพบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มอื่น สาเหตุอาจเนื่องมาจากการขาดบทบาททางสังคมและกิจกรรมประจำวันที่มีความหมาย การศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ณัฐปัทมย์ นวลสีทอง, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 316 คน พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบทบาทในครอบครัวหรือสังคมมักรู้สึกโดดเดี่ยวและไร้คุณค่า ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงรุนแรง สะท้อนให้เห็นว่าบทบาททางเศรษฐกิจและสังคมในชนบทมีผลต่อความเสี่ยงซึมเศร้าใกล้เคียงกับพื้นที่วิจัยนี้



เมื่อพิจารณาผลจากแบบประเมิน TGDS พบว่าร้อยละ 48.00 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีภาวะซึมเศร้า แม้ผู้เข้าร่วมทุกคนสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามเกณฑ์ Barthel ADL Index สะท้อนว่าความสามารถทางกายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถบ่งชี้สุขภาพจิตได้ครบถ้วน ภาวะซึมเศร้าไม่ได้ขึ้นกับสุขภาพกายเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลสะสมจากชีวภาพ จิตใจ และสังคมร่วมกัน จึงควรมีการคัดกรองด้านจิตใจควบคู่ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือชุมชน มีความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยทางอารมณ์และสังคมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2561) ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและขาดการสนับสนุนทางสังคมมีแนวโน้มซึมเศร้ามากขึ้น ตรงกับการศึกษาของ ชุตินา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์, เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีมีอัตราภาวะซึมเศร้าสูง และของ สรร กลิ่นวิจิต, เวธกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และคณะ (2558) ที่รายงานว่าการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เช่นเดียวกับ ชนนิ ปิตะนิละผลิน (2565) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมี ADL ดี แต่ยังพบภาวะซึมเศร้าได้ สะท้อนว่าปัจจัยทางอารมณ์และสังคมเป็นตัวทำนายสำคัญของภาวะซึมเศร้า นอกเหนือจากภาวะสุขภาพกาย

สำหรับปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีโรคกระเพาะอาหาร โรคกล้ามเนื้อหรือข้อ และโรคถุงลมโป่งพอง/หอบหืดมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคเหล่านี้ อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความไม่สบายกาย ความเจ็บปวดเรื้อรัง และข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ส่งผลต่อภาวะจิตใจในระยะยาว ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สรร กลิ่นวิจิต, เวธกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และคณะ (2558) ที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 361 ราย ในจังหวัดชลบุรี โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติแบบ One way ANOVA และ Pearson Correlation Coefficient พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพกายเรื้อรังมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจในทุกบริบทพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นกึ่งเมืองหรือชนบท

อาการทางกาย เช่น การนอนไม่หลับ ความจำบกพร่อง ความลำบากในการรับประทานอาหารหรือการเคลื่อนไหว มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะปัญหาการนอนที่พบถึงร้อยละ 58.33 ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า สะท้อนบทบาทสำคัญของคุณภาพการนอนหลับต่อสุขภาพจิต ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ จิราพงษ์ และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2561) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง อีกทั้งงานของ ชนนิ ปิตะนิละผลิน (2565) และ ฐิติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย หีม (2565) ต่างรายงานว่าการมีข้อจำกัดในการดำรงชีวิต เช่น การเคลื่อนไหวหรือการรับประทานอาหารด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ไม่พบว่าสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยนี้ ต่างจากผลของ Kim et al (2021) และรายงานของ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020) ที่ระบุว่าการใช้สุราและยาสูบในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา



น้อย และออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ รวมถึงอาจมีอคติจากการตอบแบบสัมภาษณ์ ทำให้ผลไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้า

ปัจจัยจิตสังคม พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีงานอดิเรก ไม่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน หรือขาดกิจกรรมทางศาสนา มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงขึ้น เนื่องจากขาดโอกาสในการปฏิสัมพันธ์และรู้สึกไร้คุณค่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของอาคม บุญเลิศ (2559) และฐิติรัตน์ ช่างทอง กับเกษตรชัย ทิม (2565) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนและศาสนาส่งผลให้ระดับภาวะซึมเศร้าลดลง

ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็มีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่มีผู้ดูแล สอดคล้องกับงานของสรร กลิ่นวิจิต, เวชกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ, และคณะ (2558) และปนัดดา สวัสดิ์, สมติรา วิชา, พชรินทร์ รัตนตยวรา และคณะ (2563) ที่ยืนยันว่าการขาดผู้ดูแลเพิ่มความเสี่ยงซึมเศร้า ขณะที่การได้รับการช่วยเหลือช่วยลดความโดดเดี่ยวและส่งเสริมการจัดการอารมณ์เศร้าได้ดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ขาดกำลังใจหรือการสนับสนุนทางอารมณ์มีแนวโน้มซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สะท้อนว่าที่พึ่งทางใจมีบทบาทสำคัญในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความมั่นคงทางอารมณ์ ผลนี้สอดคล้องกับ กฤษณะ หงษาครประเสริฐ (2565) ที่พบว่าการสนับสนุนทางอารมณ์และสังคมช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ประจำหรือขาดความมั่นคงทางการเงิน มีความเสี่ยงซึมเศร้ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$ และ $p < .001$) ปัจจัยทางเศรษฐกิจดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ความรู้สึกด้อยคุณค่า และการมองว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ผลนี้สอดคล้องกับ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ มาริสา สุวรรณราช (2562) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุจำนวนมากขาดรายได้แน่นอน ถูกทอดทิ้ง และไม่ได้รับเงินเลี้ยงชีพเพียงพอ โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลหรือเข้าไม่ถึงบริการทางการเงินอย่างเหมาะสม ในทำนองเดียวกัน รัชนิพรรณ วังสาร, กนกวรรณ วรชีนา และ จันทร์จิรา พรหมอินทร์ (2567) ชี้ว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวและภาวะเศรษฐกิจถดถอยทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องพึ่งพารายได้ไม่แน่นอน ไม่มีลูกหลานดูแล และเผชิญค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยขาดการสนับสนุนจากท้องถิ่นหรือรัฐ ซึ่งล้วนกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตอย่างชัดเจน

โดยสรุป การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชมณียเขต และ รพ.สต. เครือข่าย มีความชุกภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 48.00 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อาชีพ โรคประจำตัว ปัญหาการนอน การขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รวมถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจ สะท้อนว่าการดูแลสุขภาพจิตควรบูรณาการกับการจัดการโรคเรื้อรังและการสนับสนุนทางสังคมทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) การออกแบบเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้ 2) การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์อาจมีอคติจากการตอบที่เกิดจากความต้องการทางสังคม (social desirability bias) และ 3) ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในเขตบริการของโรงพยาบาลสมเด็จพระ



พระปิยะฯ และ รพ.สต. 5 แห่ง จึงอาจไม่สามารถอธิบายผลทั่วไปต่อประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่เมืองใหญ่หรือภูมิภาคอื่นๆ ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่อาจมีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังร่วมกับปัญหาอนหลับ ความจำ หรือเคลื่อนไหวลำบาก ซึ่งมักจะถูกละเลยในกระบวนการทั่วไป
2. ข้อมูลที่ได้ช่วยให้วางแผนส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนได้ชัดเจนขึ้น เช่น กิจกรรมกลุ่ม งานอดิเรก หรือการออกกำลังกาย ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา และได้มีโอกาสพูดคุยกับคนอื่นมากขึ้น
3. สามารถใช้ประกอบการออกแบบบริการเยี่ยมบ้านหรือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือมีปัญหาทางการเงินและขาดคนดูแลในชีวิตประจำวัน ซึ่งกลุ่มนี้มักมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูง
4. คลินิกหรือหน่วยบริการที่ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจใช้ผลนี้เพื่อบริการการดูแลสุขภาพจิตเข้าไปด้วย ไม่ควรดูแลโรคทางกายเท่านั้น แต่ดูแลทั้งอารมณ์ พฤติกรรม และคุณภาพชีวิตโดยรวม
5. ใช้เสนอแผนงานสุขภาพระดับตำบลหรืออำเภอ เพื่อก่อแบบกิจกรรม หรือบริการดูแลจิตใจผู้สูงอายุให้ครอบคลุมและตรงกับสภาพพื้นที่มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นแบบภาคตัดขวาง จึงอธิบายได้เพียงความสัมพันธ์ ไม่สามารถสรุปเหตุและผลของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ชัดเจน งานวิจัยต่อไปควรใช้การศึกษาแบบ prospective cohort เพื่อหาความเสี่ยงและอุบัติการณ์ที่แท้จริง รวมทั้งควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน
2. กลุ่มตัวอย่างมาจากโรงพยาบาลชุมชน อาจยังไม่ครอบคลุมภาพรวมของทั้งจังหวัดหรือประเทศ ควรขยายพื้นที่ศึกษาให้หลากหลายขึ้น ทั้งชุมชนเมืองและชนบท
3. การเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุต้องใส่ใจความเข้าใจและความอ่อนไหวด้านวัฒนธรรมและสุขภาพ เช่น เรื่องการนอน ความจำ หรือภาษาที่ใช้ ซึ่งอาจแตกต่างกันตามวัย
4. ควรมีการติดตามผลต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อดูว่าอาการซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ รวมถึงผลจากการดูแลหรือการช่วยเหลือที่ได้รับ
5. จากผลวิจัยที่พบว่าปัจจัยทางสังคมมีผลต่อภาวะซึมเศร้า ควรมีโครงการหรือกิจกรรมเสริมที่ชัดเจน เช่น งานอดิเรก กิจกรรมกลุ่ม หรือการมีส่วนร่วมในครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและไม่ถูกทอดทิ้ง



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ บุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต รพ.สต. เครือข่าย ผู้สูงอายุ และญาติทุกท่าน รวมถึงคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ นพ. กิตติเชษฐ์ อีร์กุลพงศ์เวช และ พญ.วสุ อุดมสวัสดิ์ ที่ให้คำแนะนำทางวิชาการซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์คอมเพล็กซ์ คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน).
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *รายงานประจำปี 2561 กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564*. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ.
- กฤษณะ หงษาครประเสริฐ. (2565). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ*, 4(2), 15-26.
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ และมาริส สุวรรณราช. (2562). สภาพปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคใต้ตอนล่าง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*, 11(2), 118-124.
- ชนนี ปิตะนิละผลิน. (2565). *ภาวะซึมเศร้า รูปแบบการป้องกันทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]*. คลังปัญญาจุฬาฯ. <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/6680>
- ชุดิมา มาลัย, รุ่งทิพย์ ไชโยยั้งยงค์, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และศรีสกุล เฉียบแหลม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(3), 67-76.
- จุฑารัตน์ จิราพงษ์, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 134-137.
- อติรัตน์ ช่างทอง และเกษตรชัย หีม. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจิตสังคม การรับรู้ และการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 17(2), 54-64.
- นิตยา รัชนิพรรณ, กนกวรรณ วรชีนา และจันทร์จิรา พรหมอินทร์. (2567). ครอบคลุมกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 47(2), 1-7.



เอกสารอ้างอิง

- ปนัดดา สวัสดิ์, สมติรา วิชา, พชรินทร์ รัตนตยวรา, ปุณฺณรสมิ์ ยุวศิริกุลชัย และเสาวนีย์ กุลเสวตร. (2563). ประสบการณ์การจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(3), 43-46.
- ฝ่ายสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะ. (2566). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ข้อมูลภายใน)*
- รัชนิพรณ วังสาร, กนกวรรณ วรชีนา และจันทร์จิรา พรหมอินทร์. (2567). ครอบครัวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 47(2), 1-13.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). *แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2565-2569 (ฉบับทบทวน)*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). *รายงานประชากรและโครงสร้างอายุ พ.ศ. 2563*. กรุงเทพฯ: สศช.
- สรร กลิ่นวิจิต, เวชกา กลิ่นวิจิต, พวงทอง อินใจ และพลอยพันธุ์ กลิ่นวิจิต. (2558). การประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี. *บูรพาเวชสาร*, 2(1), 21-24.
- สุภาวดี ภัทรพงศกรานต์. (2545). *คู่มือการวัดทางจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาคม บุญเลิศ. (2559). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(1), 25-33.
- อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ญัฐปภัสร์ นวลสีทอง, ธมลวรรณ สวัสดิ์สิงห์ และฐาติมา เพชรน้อย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารพยาบาล*, 70(4), 20-27.
- American Psychological Association. (2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. Retrieved from <https://www.apa.org/depression-guideline>
- Hu, T., Zhao, X., Wu, M., Li, Z., Luo, L., Yang, C., & Yang, F. (2022). Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 311, 114511. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114511>
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2013). *Designing clinical research (4th ed.)*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kim, Y., Kim, H., & Kim, Y. (2021). The effect of physical activity on depressive symptoms in middle-aged Korean women before and after menopause. *Journal of Women's Health*, 30(4), 520-528.



เอกสารอ้างอิง

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Treating substance use disorder in older adults (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series No. 26, HHS Publication No. 20-OlderAdults-SUDTIP26)*. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from <https://store.samhsa.gov>
- World Health Organization. (2017). Depression and other common mental disorders: *Global health estimates*. Geneva: Author. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>



การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

นันท์นภัส ธนฐากร^{1*}, ญาดา เรียมริมมะตัน¹, วรพล แวงนอก¹ และชนะพล สิงห์ศุข¹

¹สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

(วันที่รับบทความ: 29 มิถุนายน 2568; วันที่แก้ไข: 13 กันยายน 2568; วันที่ตอบรับ: 18 กันยายน 2568)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้วิจัยแบบผสมวิธี มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วยการศึกษา 2 แบบ คือ 1) วิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นชั้นภูมิ ใช้แบบสัมภาษณ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและถดถอยพหุแบบขั้นตอน 2) วิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข พยาบาล จำนวน 19 คน ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า อธิบายข้อค้นพบ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งพัฒนารูปแบบขึ้นจากระยะที่ 1 จัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ ระยะที่ 3 ประเมินการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ วิจัยกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน ได้แก่ กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($p\text{-value}=.041$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังทดลองไม่แตกต่างกับก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่ารูปแบบสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานวางแผนและเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.

คำสำคัญ: การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, การดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส., โรคความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** นันท์นภัส ธนฐากร; nunnaphat.eve@gmail.com



Development of Health Care Behavior Modification Model to the 3E. 2S. of Elderly with Hypertension in Mueang Chachoengsao District Chachoengsao Province

Nunnaphat Tanathakorn^{1*}, Yada Reamrimmadun¹, Worraphol Waengnork¹ and Chanapon Singsook¹

¹Department of Public Health, Faculty of Science, Rajabhat Rajanagarindra University

(Received: 29 June 2025; Revised: 13 September 2025; Accepted: 18 September 2025)

Abstract

This research aimed to develop of health care behavior modification model to the 3E. 2S. of elderly with hypertension in Mueang Chachoengsao District Chachoengsao Province. Used a mixed-methods research, there are 3 phases: Phase 1: Study factors affecting in behavior change health care to the 3E. 2S. It consists two types of research: 1) quantitative research, the samples group of 400 elderly people aged 60 years and over, stratified random sampling, used an interview form, descriptive statistics and stepwise multiple regression were used, 2) qualitative research, the samples group of 400 elderly people aged 60 years and over, caregivers, community leaders, public health officials, public health volunteers, nurses, number of people: 19, used in-depth interviews, triangulate data and explain findings. Phase 2: develop of health care behavior modification model on phase 1, 12-week activities. Phase 3: evaluating the used of health care behavior modification model, quasi-experimental research, the two group pretest-posttest design, select a specific sample group, by matching the sample groups to have similar characteristics, namely: the experimental group of 30 people and the comparison group of 30 people.

Research results It was found that after the experimental model, the experimental group had a mean score for health care behavior modification to the 3E. 2S. (p -value=.041) at the .05 level of statistical significance. The comparison group had a mean score for health care behavior modification after the experimental that was not different from before the experimental. It showed that the model can be used as basic information for planning and increasing the potential for caring the elderly regarding behavior change in health care to the 3E. 2S.

Keywords: behavior modification, health care to the 3E.2S., hypertension, elderly

***Corresponding author:** Nunnaphat Tanathakorn; nunnaphat.eve@gmail.com



บทนำ

ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการอันดับต้น ๆ ของโลก ส่งผลกระทบต่อประชากร 1.4 พันล้านคนทั่วโลก และมีเพียง 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเท่านั้นที่สามารถควบคุมโรคได้ (World Health Organization, 2025) จากการสำรวจสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 38.20 ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.10 (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, วิธดา อัครเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนา และคณะ, 2563) จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่ามีอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นสูงและมีแนวโน้มเพิ่มอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราป่วย ร้อยละ 44.70 ปี พ.ศ. 2561 มีอัตราป่วย ร้อยละ 45.73 และปี พ.ศ. 2562 มีอัตราป่วย ร้อยละ 46.45 (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งพบว่าอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดจำนวน 11,813 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2564)

ภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการควบคุม อาจทำให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อหัวใจ ความดันโลหิตที่สูงเกินไปอาจทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว ส่งผลทำให้เลือดและออกซิเจนไหลเวียนไปเลี้ยงหัวใจได้น้อยลง และความดันโลหิตที่สูงเกินไปจะทำให้การไหลเวียนของเลือดลดลงอาจทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้ เช่น เจ็บหน้าอก หลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจวาย ภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดและออกซิเจนไปยังอวัยวะสำคัญอื่น ๆ ของร่างกายได้เพียงพอ เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตกะทันหันได้ ขณะเดียวกันความดันโลหิตสูงสามารถทำให้หลอดเลือดแดงที่ส่งเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองแตกหรืออุดตัน ส่งผลทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ความดันโลหิตสูงยังสามารถทำให้ไตเสียหายจนเกิดภาวะไตวายได้ (World Health Organization, 2023)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรมถดถอยในด้านต่าง ๆ มากมาย ทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ และอาจทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) การดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสังคมไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้น ครอบครัวและชุมชนควรมีความเข้าใจในความแตกต่างของวัย ตลอดจนดูแลให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข (ภักจิรา ภูสมศรี และสาธุกานต์ กาบคำ, 2564) ดังนั้น การดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดูแลเอาใจใส่ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ที่ถูกต้อง จะช่วยลดภาวะเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ซึ่งในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุยังขาดแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ผลการสำรวจพบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย รับประทานอาหารและผลไม้สด การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าเป็นประจำ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และไม่สูบบุหรี่ มีเพียงร้อยละ 26.2 หรือประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติ



แห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2567) ซึ่งการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมนั้นจะต้องมีความสอดคล้องกับหลักการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. ซึ่งจะประกอบไปด้วย อ.1 อาหาร รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลียงรสจัด อ.2 ออกกำลังกาย เคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมอ อ.3 อารมณ์ จัดการความเครียด ผ่อนคลาย 2ส. ประกอบไปด้วย ส.1 ยาสูบ การเลิกสูบบุหรี่ ส.2 สุรา การเลิกดื่มสุรา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ที่ถูกต้อง จะเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความรู้ เข้าใจ และภูมิคุ้มกันในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มีสุขภาพดีห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะช่วยลดรายจ่ายด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็นของประเทศชาติได้อย่างยั่งยืน (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK ของกรีนและครูเตอร์ ซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำในตัวบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ การรับรู้ ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม และปัจจัยเสริมที่ได้รับหลังปฏิบัติพฤติกรรมช่วยให้มีพฤติกรรมต่อเนื่อง (Green et al., 1980) ซึ่งจะใช้เป็นทฤษฎีในการอธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และจากสถานการณ์ข้างต้นที่ได้กล่าวมามีความจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำมาเป็นข้อมูลนำเข้าในการพัฒนาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถปฏิบัติและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

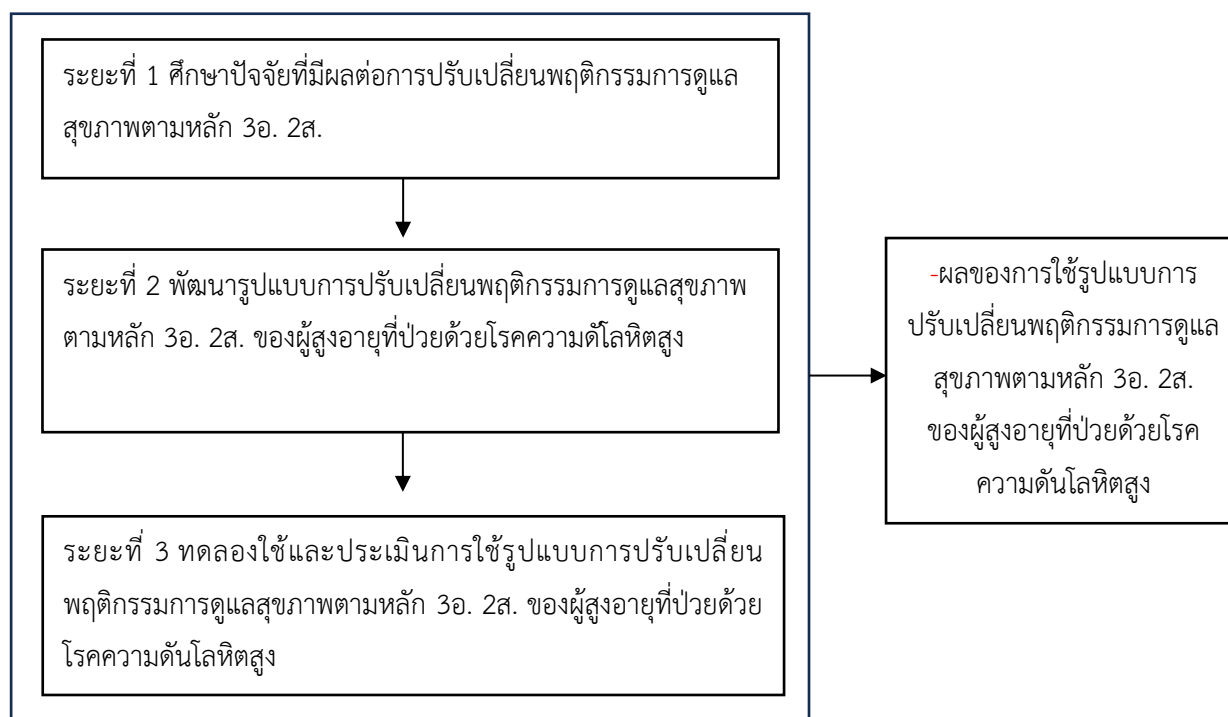
1. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อทดลองและประเมินการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้แนวคิด ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK ของกรีนและครูเตอร์ มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วยตัวแปรดังต่อไปนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ด้านความรู้ ด้านทักษะ การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยเสริม ได้แก่ ตัวบุคคลที่มีบทบาทในการสั่งสอน อบรม แนะนำชักจูง ควบคุมดูแลกระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่จะเสริมสร้างให้เกิดการกระทำที่ส่งผลต่อตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ซึ่งจะใช้เป็นทฤษฎีในการอธิบายการ



ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระยะที่ 2 นำผลของข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบ โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ระยะที่ 3 นำแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สู่การปฏิบัติ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบ Mixed methods research ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย การวิจัย 2 แบบ คือการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ Convergent designs โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลออกจากกัน จากนั้นจะนำข้อมูลทั้งสองชุดรวมเข้าด้วยกัน แล้วนำผลของข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลระหว่าง กลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน



ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย

1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวนทั้งหมด 11,813 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2564)

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยแบ่งตามเกณฑ์ความรุนแรงของความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544) 2) มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะดี 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้น เท่ากับ 5% จากสูตรจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 370 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้ทำการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 กลุ่มตัวอย่าง ผ่านเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 400 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) สุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) 19 ตำบลตามสัดส่วนประชากรของแต่ละตำบลให้เป็นตัวแทน 2) สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแต่ละตำบล ๆ ละ 1 หมู่บ้าน รวม 19 หมู่บ้าน 3) เลือกสุ่มแต่ละหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ครึ่งเรือนละ 1 คน เป็นตัวแทนครัวเรือนที่ให้ข้อมูล

1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 73,702 ครัวเรือน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2564) ที่อาศัยในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยแบ่งตามเกณฑ์ความรุนแรงของความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544) 2) เป็นผู้มิหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ 3) เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล ผู้นำชุมชน อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี (ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 จนถึง เดือน มกราคม พ.ศ. 2567 ในจังหวัดฉะเชิงเทรา 4) มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อสม. พยาบาล ที่มีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ 2) ไม่สามารถสื่อสาร อ่านออกเขียนภาษาไทยได้ 3) ไม่มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 19 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง ใช้วิธีการสุ่มคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบตัวอย่างกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จากกลุ่มตัวอย่าง



ระยะที่ 1 ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 7 คน 2) ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 6 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล ผู้นำชุมชน อสม. ที่เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 6 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการรวบรวมการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเข้าด้วยกัน แล้วนำผลของข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 2 โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 2-3 ปรับเปลี่ยนมุมมอง รับรู้ประโยชน์ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 4-5 รับประทานอาหาร ออกกำลังกายอย่างไรห่างไกลโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 6-7 ผ่อนคลายอารมณ์ ลด ละ เลิก การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ในคนสู้งวัย

สัปดาห์ที่ 8-11 ติดตาม เยี่ยมบ้าน

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรม สรุปส่งท้ายปิดโครงการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ในตำบลคลองหลวงแพ่ง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2,088 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2567)

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีระดับความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยแบ่งตามเกณฑ์ความรุนแรงของความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (สุเกียรติ อาชานานุภาพ, 2544) 2) ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี 3) มีสุขภาพร่างกายทั่วไปดี อาจมีโรคเรื้อรังแต่สามารถควบคุมได้ 4) มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ 2) เสียชีวิต 3) ย้ายบ้านออกจากพื้นที่วิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน รวมเป็น 60 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและทำการจับคู่ทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน (Matching)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง (The two group pretest-posttest design)



ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ในตำบลคลองหลวงแพ่ง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 2,088 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2567)

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีระดับความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยแบ่งตามเกณฑ์ความรุนแรงของความดันโลหิตสูงเล็กน้อย (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2544) 2) ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี 3) มีสุขภาพร่างกายทั่วไปดี อาจมีโรคเรื้อรังแต่สามารถควบคุมได้ 4) มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ 2) เสียชีวิต 3) ย้ายบ้านออกจากพื้นที่วิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต้องมีระดับความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในตำบลคลองหลวงแพ่ง 2 หมู่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณ power analysis ของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 power of the test เท่ากับ 0.80 และ effect size เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำต่อกลุ่มจำนวน 25 คน รวมจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน ทั้งนี้ได้เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน รวมเป็น 60 คน โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ให้มีลักษณะใกล้เคียงกัน (matching) ได้แก่ 1) อายุอยู่ในช่วงเดียวกัน คือ 60-63 ปี, 64-66 ปี, 67-69 ปี 2) เป็นความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับเดียวกัน หรือมีค่าระดับความดันโลหิตสูงใกล้เคียงกัน ซึ่งจะต้องมีระดับความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

เครื่องมือการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย

1.1 การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ผู้ดูแล อาชีพ รายได้ และจบการศึกษา ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแนวคิด ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK ของกรีนและครูเตอร์ มาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับปัจจัยนำ ได้แก่

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11 ข้อ คำตอบเป็นแบบ เลือกตอบ ถูก และ ผิด คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล คะแนนความรู้โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (Bloom et al., 1971) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ



เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้แก่ ช่วงคะแนน 2.34-3.00 ระดับสูง คะแนน มากกว่า 7 คะแนน ช่วงคะแนน 1.67-2.33 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 6-4 คะแนน ช่วงคะแนน 1.00-1.66 ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่า 3 คะแนน

2.2 ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 11 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้แก่ 4.21-5.00 ระดับมากที่สุด เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3.41-4.20 ระดับมาก เห็นด้วย 2.61-3.40 ระดับปานกลาง ไม่แน่ใจ 1.81-2.60 ระดับน้อย ไม่เห็นด้วย และ 1.00-1.80 ระดับน้อยที่สุด ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2.3 การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้แก่ 4.21-5.00 ระดับมากที่สุด เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3.41-4.20 ระดับมาก เห็นด้วย 2.61-3.40 ระดับปานกลาง ไม่แน่ใจ 1.81-2.60 ระดับน้อย ไม่เห็นด้วย และ 1.00-1.80 ระดับน้อยที่สุด ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม จำนวน 11 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้แก่ 4.21-5.00 ระดับมากที่สุด เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3.41-4.20 ระดับมาก เห็นด้วย 2.61-3.40 ระดับปานกลาง ไม่แน่ใจ 1.81-2.60 ระดับน้อย ไม่เห็นด้วย และ 1.00-1.80 ระดับน้อยที่สุด ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ ตัวบุคคลที่มีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำชักจูงควบคุมดูแลกระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่จะเสริมสร้างให้เกิดการกระทำที่ส่งผลต่อตนเอง จำนวน 15 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 คือ เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้แก่ ช่วงคะแนน 2.34-3.00 ระดับมาก ได้รับเป็นประจำ ช่วงคะแนน 1.67-2.33 ระดับปานกลาง ได้รับเป็นบางครั้ง ช่วงคะแนน 1.00-1.66 ระดับน้อย ไม่เคยได้รับ

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้แก่ 4.21-5.00 ระดับมากที่สุด เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3.41-4.20 ระดับมาก เห็นด้วย 2.61-3.40 ระดับปานกลาง ไม่แน่ใจ 1.81-2.60 ระดับน้อย ไม่เห็นด้วย และ 1.00-1.80 ระดับน้อยที่สุด ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

ใช้แบบสัมภาษณ์ไม่มีโครงสร้าง (Non-structured interview) ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยคำถามจะเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นหรือสามารถบอกข้อเสนอแนะได้อย่าง



เสรี ซึ่งผู้วิจัยมีการตั้งคำถามหลัก โดยมีการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้ 1) สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพเป็นอย่างไร 2) ความต้องการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพควรเป็นอย่างไร 3) แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพควรเป็นอย่างไร

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบขึ้น ได้แก่ รูปแบบกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมย่อยที่ 1 ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล ผู้นำชุมชน อสม. ในพื้นที่เพื่อประชาสัมพันธ์

กิจกรรมย่อยที่ 2 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มผู้สูงอายุก่อนการจัดกิจกรรม

กิจกรรมย่อยที่ 3 ผู้วิจัยทำการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การวัดความดันโลหิต และทำการบันทึกข้อมูลลงสมุดประจำตัวของแต่ละคน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและความพร้อมของร่างกายก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มทดลอง

ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง

องค์ประกอบที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2-3) ปรับเปลี่ยนมุมมอง รับรู้ประโยชน์ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมย่อยที่ 1 มีการบรรยายความรู้และประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พร้อมภาพประกอบเกี่ยวกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคแทรกซ้อนและผลกระทบจากการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้บอร์ด เป็นสื่อ พร้อมอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง-1 ชั่วโมง 30 นาที

องค์ประกอบที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4-5) รับประทานอาหาร ออกกำลังกายอย่างไรห่างไกลโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมย่อยที่ 1 อ. อาหาร: กินอย่างไรห่างไกลโรคความดันโลหิตสูง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาหารที่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง-1 ชั่วโมง 30 นาที

กิจกรรมย่อยที่ 2 อ. ออกกำลังกาย: ออกกำลังกายอย่างไรให้ห่างไกลโรคความดันโลหิตสูง โดยส่งเสริมในเรื่องของการออกกำลังกาย สาธิตวิธีการออกกำลังกาย เช่น ยกแขน แกว่งแขน การเดิน ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง-1 ชั่วโมง 30 นาที

องค์ประกอบที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6-7) ผ่อนคลายอารมณ์ ลด ละ เลิก การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ ในคนสูงวัย

กิจกรรมย่อยที่ 1 อ. อารมณ์: ผ่อนคลายอารมณ์ในคนสูงวัย เช่น จัดกิจกรรมกลุ่มนันทนาการ อาทิ เช่น ร้องเพลง พบปะสังสรรค์พูดคุยแลกเปลี่ยนเรื่องสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง-1 ชั่วโมง 30 นาที



กิจกรรมย่อยที่ 2 ส. สุรา บุหรี่: มีการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ติดสุราและบุหรี่ โดยการส่งเสริมการลด ละ เลิก การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ ตลอดจนค้นหาผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มสุรา และแนะนำ วิธีการเลิกบุหรี่และสุรา พร้อมแจกคู่มือวิธีการเลิกบุหรี่และสุรา ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง-1 ชั่วโมง 30 นาที

องค์ประกอบที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8-11) ติดตาม เยี่ยมบ้าน

กิจกรรมย่อยที่ 1 กิจกรรม การติดตาม เยี่ยมบ้าน เพื่อทบทวนการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ ผู้สูงอายุ” ประสาน อสม. และติดตาม เยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการในกลุ่มทดลอง โดยเพิ่มแรงจูงใจด้วย คำแนะนำ ให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีการระบายความรู้สึกจากการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ผ่านมา ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมย่อยที่ 2 ผู้วิจัยทำการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุและทำการบันทึกข้อมูลลงสมุดประจำตัวของแต่ละคน โดยทำการตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การวัดอัตราการเต้นของชีพจร ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

กิจกรรมย่อยที่ 3 ผู้วิจัยได้ประสานและเข้าไปพูดคุยกับผู้ดูแลที่อยู่ครอบครัวของผู้สูงอายุ โดยได้ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และประสาน ผู้นำชุมชน อสม. ให้ช่วยเข้าไปติดตามตรวจสอบสุขภาพ และพูดคุย ให้กำลังใจแก่ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

(สัปดาห์ที่ 12) กิจกรรม สรุปส่งท้ายปิดโครงการวิจัย

ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในสัปดาห์ที่ 12 ครั้งที่ 2 หลังทดลอง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะต้องตอบแบบสัมภาษณ์ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ก่อนทดลองและสัปดาห์ที่ 12 ครั้งที่ 2 หลังทดลอง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบขึ้น ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตาม หลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. จำนวน 15 ข้อ ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, 1977) เป็นแบบสัมภาษณ์ชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้แก่ 4.21-5.00 ระดับมากที่สุด เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3.41-4.20 ระดับมาก เห็นด้วย 2.61-3.40 ระดับปานกลาง ไม่แน่ใจ 1.81-2.60 ระดับน้อย ไม่เห็นด้วย และ 1.00-1.80 ระดับน้อยที่สุด ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

กลุ่มทดลองจะได้รับรูปแบบกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบขึ้น แต่กลุ่ม เปรียบเทียบจะไม่ได้รับรูปแบบกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย



การวิจัยเชิงปริมาณ ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในตำบลหนองต๋นบก อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยการทดลองกับกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ค่า IOC เท่ากับ 0.94 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 2) ทศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ค่า IOC เท่ากับ 0.94 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 3) การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ค่า IOC เท่ากับ 0.86 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 4) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ค่า IOC เท่ากับ 0.94 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 5) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ตัวบุคคลที่มีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำชักจูง ควบคุมดูแลกระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่จะเสริมสร้างให้เกิดการกระทำที่ส่งผลต่อตนเอง ค่า IOC เท่ากับ 0.96 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และ 6) การปฏิบัติเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ค่า IOC เท่ากับ 0.92 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความชัดเจนและความครอบคลุมในข้อคำถาม มีการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามก่อนที่จะนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้จริง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ตรวจสอบรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ใช้เครื่องมือวัดประเมินผล พิจารณาเกณฑ์ด้านต่าง ๆ ที่เกิดจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผลพิจารณาการวัดประเมินผล คือ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.55 และ S.D. เท่ากับ 0.06 รูปแบบอยู่ในระดับความเหมาะสม อยู่ระดับมากที่สุด

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับการปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ค่า IOC เท่ากับ 0.92 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วยผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ซึ่งได้ฝึกการสัมภาษณ์และอบรมก่อนทำการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย

1) การวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะทำการแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง วิธีการเก็บข้อมูล ตลอดจนรายละเอียดของข้อคำถามในแต่ละส่วน โดยใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที และหลังจากที่ได้รับแบบสัมภาษณ์คืน ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาตรวจสอบความถูกต้อง



2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ทราบถึงการขอบันทึกเสียงในขณะการสัมภาษณ์และการจดบันทึกข้อมูล โดยผู้ที่ถูกสัมภาษณ์สามารถแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะได้อย่างเสรีและผู้สัมภาษณ์สามารถถามนอกเหนือจากคำถามที่ได้ตั้งไว้ โดยใช้เวลาสัมภาษณ์คนละไม่เกิน 30-60 นาที หรือจนกว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว (Data saturation) หากมีรายละเอียดของข้อมูลที่ขาดหายไปก็ทำการถามเพิ่มเติมหรือถามในส่วนที่สงสัย จากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลถอดข้อความเสียงและบันทึกรายงานผลที่ได้

2. ระยะที่ 2 ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในการรวบรวมข้อมูลโดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์

3. ระยะที่ 3 ใช้แบบสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในสัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง และใช้แบบสัมภาษณ์เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในสัปดาห์ที่ 12 ครั้งที่ 2 หลังทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย

1. การวิจัยเชิงปริมาณ

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ และร้อยละ

2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis) โดยใช้การคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าโมเดลด้วยวิธี Stepwise และกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 โดยมีข้อตกลง ดังนี้ 1) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม 2) ตัวแปรตามต้องมีลักษณะต่อเนื่อง (Continuous) และอยู่ในระดับมาตราอันตรภาค (Interval scale) หรือมาตราอัตราส่วน (Ratio scale) 3) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนต้องเท่ากันทุกค่าของตัวแปรอิสระ (Homoscedasticity) 4) ความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality of residuals) และ 5) ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องไม่สัมพันธ์กันเองอย่างมีนัยสำคัญ (No multicollinearity)

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ

1) ตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของข้อมูล และเปรียบเทียบข้อค้นพบโดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องด้านข้อมูล

2) นำเอาข้อมูลที่มีประเด็นเดียวกันมาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อดูลักษณะและความสอดคล้องของข้อมูล ทำการจำแนกและจัดระบบหมวดหมู่ โดยทำการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) ในข้อมูลเชิงคุณภาพ เข้ามาร่วมอธิบายข้อค้นพบ

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

1. นำผลการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ จากระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเข้าด้วยกัน จากข้อค้นพบของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยนำมาสกัดข้อมูล



ออกมาเป็นตัวแปรความเหมือนและความแตกต่าง เพื่อนำผลมายืนยัน (ร่าง) รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

2. นำผลของข้อมูลที่ได้มาพัฒนาสร้างรูปแบบ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ และร้อยละ

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้สถิติ (Independent t-test) ใช้ในกรณีตัวแปรทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ หรือสถิติ (Mann-Whitney U-test) ใช้ในกรณีตัวแปรทดสอบการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้สถิติ (Paired-t-test) ใช้ในกรณีตัวแปรทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติ หรือสถิติ (Mann-Whitney U-test) ใช้ในกรณีตัวแปรทดสอบการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ได้รับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการวิจัย PH_CCO_REC 093/2566 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2567 ซึ่งก่อนเก็บข้อมูลการวิจัยผู้วิจัยจะต้องชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการนำมาเปิดเผย และข้อมูลดังกล่าวจะทำการทำลายทิ้งทันทีหลังจากที่ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จแล้ว ภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย

1.1 ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 กลุ่มตัวอย่าง อายุ 60-69 ปี มากที่สุด จำนวน 255 คน คิดเป็นร้อยละ 63.75 นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 356 คน คิดเป็นร้อยละ 89.00 สถานภาพ คู่/สมรส จำนวน 206 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50 ปัจจุบันได้รับการดูแลสุขภาพจากคู่สมรส จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 40.50 ประกอบอาชีพค้าขาย มากที่สุด จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 31.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 31.50 จบการศึกษา ไม่ได้รับการศึกษา มากที่สุด จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50



ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

อธิบายตัวแปรตัวอำนาจการพยากรณ์ได้ ดังนี้ การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มีอำนาจการพยากรณ์สูงที่สุด ($Beta=-0.40, p\text{-value}<.001$) รองลงมา ได้แก่ รายได้ ($Beta=0.42, p\text{-value}<.001$) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ($Beta=-0.21, p\text{-value}<.001$) ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($Beta=0.12, p\text{-value}<.003$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ตัวบุคคลที่มีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำชักจูง ควบคุมดูแลกระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่จะเสริมสร้างให้เกิดการกระทำที่ส่งผลต่อตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ($Beta=0.10, p\text{-value}<.015$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมการพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($n=400$)

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R ²	95% CI	
						Lower Bound	Upper Bound
การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	-0.45	-0.40	-9.48	<.001*	0.19	-0.55	-0.36
รายได้	0.48	0.42	9.44	<.001*	0.31	0.38	0.59
จบการศึกษาระดับปริญญาตรี	-0.42	-0.21	-4.66	<.001*	0.34	-0.60	-0.24
ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	0.13	0.12	2.99	.003*	0.35	0.04	0.21
ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	0.18	0.10	2.43	.015*	0.36	0.03	0.33

* $p\text{-value}<.05$, Constants=3.78 Adjusted R Square=0.35

1.2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลการสัมภาษณ์ จนข้อมูลอิ่มตัว (Data saturation) เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง สรุปได้ ดังนี้

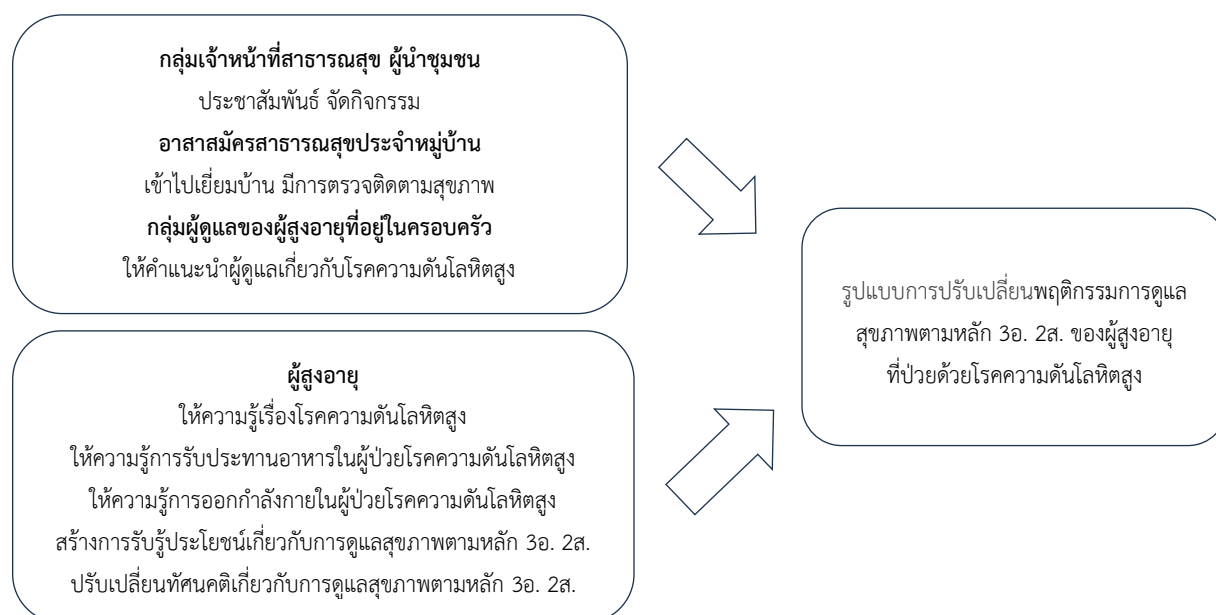
- 1) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
- 2) ผู้สูงอายุยังไม่ทราบข้อมูลเรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกต้องในผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
- 3) ผู้สูงอายุขาดความรู้เรื่องการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
- 4) ผู้สูงอายุไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะเป็นการทำงานบ้านเป็นหลัก
- 5) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา และผู้สูงอายุสามารถจัดการในเรื่องของอารมณ์ได้ดี
- 6) ผู้สูงอายุอยากให้มีการณรงค์ ประชาสัมพันธ์ จัดสื่อให้ความรู้ความเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีความต้องการให้ อสม. เข้าไปสอนแนะนำ เยี่ยมบ้าน ว่าต้องรับประทานอาหารอย่างไร ออกกำลังกายอย่างไร ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

- 7) ในส่วนการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค



ดันโลหิตสูง อยากให้มีการประชาสัมพันธ์รวมตัวกันของผู้สูงอายุ อยากให้พัฒนาเรื่องเสียงตามสาย การแจ้งข้อมูลข่าวสารให้ทุกคนทราบถึงกิจกรรมที่ รพ.สต. จะจัดขึ้น หรือหน่วยงานอื่น ๆ จะจัดขึ้น มีการประชาสัมพันธ์ตาม รพ.สต. เช่น แผ่นป้ายความรู้ มีการตรวจติดตามสุขภาพ

ระยะที่ 2 นำผลการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพสรุปเป็นแผนภาพความคิดและได้รู้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา

การวิจัยระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ					
กลุ่มทดลอง (n=30)					
ก่อนการทดลอง	3.74	0.48	.44	58	.041*
หลังการทดลอง	4.53	0.29	7.9	58	
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)					
ก่อนการทดลอง	3.68	0.66	.44	58	.041*
หลังการทดลอง	3.60	0.57	7.9	58	
ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ					
กลุ่มทดลอง (n=30)					
ก่อนการทดลอง	3.74	.48	-6.97	29	<.001*
หลังการทดลอง	4.53	.29	-6.97	29	
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)					
ก่อนการทดลอง	3.68	.66	3.59	29	<.001*
หลังการทดลอง	3.60	.57	3.59	29	

*p-value<.05

อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ พบว่าการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($\text{Beta}=-0.40$, $p\text{-value}<.001$) อธิบายได้ว่า หากการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ลดลง 1 หน่วย จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุลดลง จากการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรศิริ พันธสี และกาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2563) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และสอดคล้องกับการศึกษาของ อติวิทย์ เข้มทอง (2566) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยในการปฏิบัติตนตามพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. อย่างถูกต้องและเหมาะสม รองลงมา ได้แก่ รายได้ ($\text{Beta}=0.42$, $p\text{-value}<.001$) อธิบายได้ว่า หากรายได้เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น จากการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นว่า รายได้มีผลต่อการปรับเปลี่ยน



พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ พรศิริ พันธสี และกาญจนา ศรีสวัสดิ์ (2563) รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ($Beta = -0.21, p\text{-value} < .001$) อธิบายได้ว่า สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ลดลง 1 หน่วย จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงลดลง จากการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นว่า การสำเร็จการศึกษาในระดับสูง ได้แก่ ระดับปริญญาตรี จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น แต่หากได้รับการศึกษาน้อยหรือสำเร็จการศึกษาในระดับที่น้อยกว่าปริญญาตรีจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ อติวิชญ์ เข้มทอง (2566) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ที่สนใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($Beta = 0.12, p\text{-value} < .003$) อธิบายได้ว่าทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นว่าทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี กันธุ (2565) ที่พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($\beta = -0.898, p < .001$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ ตัวบุคคลที่มีบทบาทในการสั่งสอนอบรม แนะนำชักจูงควบคุมดูแลกระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่งที่จะเสริมสร้างให้เกิดการกระทำที่ส่งผลต่อตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ($Beta = 0.10, p\text{-value} < .015$) อธิบายได้ว่า ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากการศึกษานี้จะชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ โชจิรุส พลไชยมาตย์ และ เสน่ห์ แสงเงิน (2563) พบว่าปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปวีณา รัตนเสนา (2566) พบว่า การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$

การวิจัยเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ขาดการรับรู้ประโยชน์ ไม่ออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจเชิงปริมาณระยะที่ 1 พบว่า หากได้รับการศึกษาน้อยหรือสำเร็จการศึกษาในระดับที่น้อยกว่าปริญญาตรีจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ มีชม. เข้าไปเยี่ยมบ้านตรวจติดตามสุขภาพ จากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นว่าในพื้นที่ที่มีการเข้าถึงการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะทำให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ใน



ระดับต่ำ ดังนั้น สังคม ครอบครัว ชุมชน รวมทั้ง อสม. ล้วนมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ โชจิรุส พลไชยมาตย์ และ เสน่ห์ แสงเงิน (2563) พบว่า ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร สิทธิศาสตร์, จันทิมา นวมะวัฒน์, อัญชลี รุ่งฉาย และคณะ (2565) พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพคนในชุมชน ส่งผลในการลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและสร้างเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา งานวิจัยเชิงปริมาณ มีการประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK ของกรีนและครูเตอร์ ซึ่งใช้เป็นทฤษฎีในการอธิบายหาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อช่วยในการออกแบบให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน อีกทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพยังเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล ผู้นำชุมชน อสม. ที่เคยปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีส่วนร่วมในการเสนอแนะแนวทางปฏิบัติและข้อมูลที่เป็น จากงานวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกิดเป็นกิจกรรม โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ซึ่งเป็นไปตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างที่ได้เสนอแนะความคิดเห็นร่วมกัน เพื่อนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุในพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การประเมินการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สูงกว่าก่อนการทดลอง ($df=58, p\text{-value}=0.041$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตามรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมจึงทำให้กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทญา ต้นหุ้ย, พิมพ์สังข์ทอง, มาวินี เถาะมัน, และคณะ (2566) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรง พุ่มประเสริฐ และ สุรัตน์ อนันตสุข (2566) พบว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างทดลองใช้โปรแกรม 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สูงกว่าก่อนใช้รูปแบบและสูงกว่ากลุ่มควบคุมทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลของการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และเกิดความ



ตระหนัก ตลอดจนเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ รวมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยผู้สูงอายุมีการปรับวิถีการดำเนินชีวิตในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ปรับเปลี่ยนมุมมอง รับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมตนเองได้ดีขึ้น ลดพฤติกรรมที่ไม่ดี และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเป็แนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้
2. อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชมรมของผู้สูงอายุ ตลอดจนชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทาง วางนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ในการเตรียมรับมือกับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการติดตามผลดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อย่างต่อเนื่อง ทุก 6 เดือน เพื่อเป็นการประเมินความคงทน คงอยู่ของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.
2. การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ จึงควรมีการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ก่อนเข้าสู่วัยของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนอุดหนุนวิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนรินทร์ สัญญาเลขที่ 58/2566 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนรินทร์ ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนข้อมูลงานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์คอร์ปอเรชั่น จำกัด มหาชน.



เอกสารอ้างอิง

- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, วิรดา อัครเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญญา พิสัยพันธุ์, และ อรัญญา นามวงศ์. (2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(2), 581-595.
- กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพกองสุขภาพ*. สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/grHwh>
- จารุณี กันธ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาजू อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 9(3), 19-35.
- โชติรส พลไชยมาตย์ และ เสน่ห์ แสงเงิน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารการวิจัยการบริหารการพัฒนา*, 10(1), 172-177.
- นัทธญา ตันห้วย, พิมพา สังข์ทอง, มาวินี เถาะมัน, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ นภชา สิงห์วีรธรรม. (2566). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ต่อความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการป้องกันระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 3(2), 96-111.
- ปวีณา รัตนเสนา. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 18(1), 131-145.
- พรศิริ พันธสี และ กาญจนา ศรีสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุสมาคมแต่ใจแห่งประเทศไทย แขวงทุ่งวัดดอน เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 6(1), 45-57.
- ภาคจิรา ภูสมศรี และ สาธุกานต์ กาบคำ. (2564). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 15(2), 102-115.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์, จันทิมา นวมะวัฒน์, อัญชลี รุ่งฉาย, สมภรณ์ เทียนขาว, เปี่ยมศักดิ์ พึ่งโพธิ์ และ นพรัตน์ เพชรกลอง. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 15(1), 15-26.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/>.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดฉะเชิงเทรา. (2564). *รายงานสถานการณ์ทางสังคม จังหวัดฉะเชิงเทรา 2564*. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดฉะเชิงเทรา กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.



เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2564). *ร้อยละของ Healthy Ageing เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดฉะเชิงเทรา ปีงบประมาณ 2564*. สืบค้นจาก <https://healthkpi.moph.go.th/kpi/kpi-list/view/?id=13>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567*. กลุ่มบริการและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ: กรุงเทพฯ
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2567). *จำนวนประชากรในประเทศไทยปี 2567*. สืบค้นจาก <https://www.bora.dopa.go.th/#>
- สมทรง พุ่มประเสริฐ และ สุรัตน์ อนันตสุข. (2566). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ในผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 1023-1032.
- สุเกียรติ อาชานานุภาพ. (2544). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : หมอชาวบ้าน.
- อติวิชญ์ เข้มทอง. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 18(2), 45-59.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B., Madaus, G., Hastings, T., & Baldwin, S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). *Health education planning: A diagnostic approach*. Palo Alto, CA: Mayfield.
- Krejcie, R. & Morgan, D. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- World Health Organization. (2023). *Hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- World Health Organization. (2025). *Launch of the WHO Global Hypertension Report 2025*. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/news/detail/24-09-2025-launch-of-the-who-global-hypertension-report-2025>
- World Health Organization. (2024). *Noncommunicable diseases*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



ติดต่อกองบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

187 หมู่ที่ 3 ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์ 0 4510 270-74 ต่อ 251

โทรศัพท์มือถือ 086 405 4053, 094 520 9823

E-mail : tjphe_editor@scphub.ac.th, satayu@scphub.ac.th

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjphe/index>

