วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2569

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
ตึก 4 ชั้น 7 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 02-590-1834 / www.tnaph.org

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Nursing Journal of the Ministry of Public Health
สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health
ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 ISSN 2673-0693
Vol. 36 No. 1 January - April 2026 ISSN 2673-0693

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารในจังหวัดชลบุรี
- ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาวภาคเกษตรกรรม อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม
- ผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ 2 ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี
- ผลของโปรแกรม U-Care ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5
- การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว: การวิจัยและพัฒนา
- การพัฒนารูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรม ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี
- การพัฒนาแนวทางเชิงระบบสำหรับการบูรณาการยุทธศาสตร์และการจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขดิจิทัลระดับจังหวัด: กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
Nursing Journal of the Ministry of Public Health

จุดมุ่งหมายและขอบเขต (Aims and Scope)

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นเวทีของการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการพยาบาล การผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และสังคมศาสตร์ทางการแพทย์ ในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมการผลิตและเผยแพร่ผลงานวิชาการให้มีคุณภาพ พร้อมทั้งพัฒนานักวิชาการทั้งด้านวิชาการและจริยธรรมโดยผ่านกระบวนการเผยแพร่ผลงานวิชาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับชาติและนานาชาติ

วารสารฯ เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่จัดทำต้นฉบับด้วยภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ โดยบทความที่ส่งเข้ามาขอรับการพิจารณาเพื่อการตีพิมพ์ต้องไม่เคยหรือกำลังอยู่ในกระบวนการตีพิมพ์เผยแพร่ในแหล่งอื่นใด วารสารฯ ใช้กระบวนการตรวจสอบแบบ double-blind ซึ่งมีการปกปิดทั้งผู้เขียนและผู้ตรวจสอบตลอดกระบวนการ โดยเนื้อหาสาระเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล การผดุงครรภ์ การสาธารณสุข และสังคมศาสตร์ทางการแพทย์

ความถี่ในการตีพิมพ์ (Publication Frequency)

วารสารฯ มีกำหนดการตีพิมพ์ ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

ลิขสิทธิ์และสิทธิ (Copyright and Licensing)

ผู้นิพนธ์ต้นฉบับเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์ในผลงานที่ตีพิมพ์ในวารสารฯ ซึ่งผู้อื่นสามารถนำไปใช้ได้โดยมีเงื่อนไขว่าบทความต้องได้รับการอ้างอิงอย่างถูกต้อง ไม่ดัดแปลง และไม่ได้ใช้ในเชิงพาณิชย์ โดยต้องได้รับการระบุแหล่งที่มาที่เหมาะสมของผู้แต่งและวารสาร หรือต้องขออนุญาตการนำผลงานไปใช้จากผู้นิพนธ์ เช่น การใช้เครื่องมือวิจัยที่ผู้นิพนธ์พัฒนาขึ้น นอกจากนั้น ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบเนื้อหาของบทความ ยกเว้นข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพิมพ์ ยกเว้นข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพิมพ์

การติดต่อ (Contact)

สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ตึก 4 ชั้น 7

อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 02-590-1834

www.tnaph.org, Email: n.tnaph@gmail.com

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 ISSN 2673-0693

คณะที่ปรึกษา

1. ดร. ดาราพร คงจา	นายกสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข	
2. ดร. ธีรพร สถิรอังกูร	กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข	

คณะกองบรรณาธิการวารสาร

1. ดร. มัณฑนา เหมชะญาติ	สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข	บรรณาธิการ
2. ดร. เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่	รองบรรณาธิการ
3. ผศ.ดร. ศุกร์ใจ เจริญสุข	สำนักงานอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก	กองบรรณาธิการ
4. ดร. นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์	กองบรรณาธิการ
5. ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช	กองบรรณาธิการ
6. ผศ.ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี	กองบรรณาธิการ
7. ผศ.ดร. ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	กองบรรณาธิการ
8. รศ.ดร. พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์	คณะแพทยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล	กองบรรณาธิการ
9. รศ.ดร. นิภาวรรณ สามารถกิจ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา	กองบรรณาธิการ
10. รศ.ดร. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	กองบรรณาธิการ
11. ดร. สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเนชั่น ลำปาง	กองบรรณาธิการ
12. ผศ.ดร. กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช	กองบรรณาธิการ
13. รศ.ดร. โสเพ็ญ ชูนวล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	กองบรรณาธิการ
14. ผศ. สมศักดิ์ วงศาวาส	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล	กองบรรณาธิการ
15. ผศ.ดร. อัศวิณี ตันกุริมาน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	กองบรรณาธิการ
16. ผศ.ดร. ยศพล เหลืองโสมนภา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	กองบรรณาธิการ
17. ดร. ชินกร สุจิมงคล	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข	กองบรรณาธิการ
18. Dr. Paul Alexander TURNER	St.Francis Xavier School	กองบรรณาธิการ
19. นางสาวใบศรี นวลอินทร์	ผู้จัดการวารสาร/เลขาธิการ/ประสานงาน/สมาคมศิษย์เก่าพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข	

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้กลั่นกรองบทความวิชาการ/วิจัย
วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 ISSN 2673-0693

1.	รศ.ดร. อติญาณ์ ศรเกษตริน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
2.	รศ.ดร. ธนัญชัย บุญหนัก	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
3.	รศ.ดร. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4.	ผศ.ดร. ศุกร์ใจ เจริญสุข	สำนักงานอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก
5.	ผศ.ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
6.	ผศ.ดร. สุวัฒนา เกิดม่วง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
7.	ผศ.ดร. กีรติ กิจธีระวุฒิวงษ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
8.	ผศ.ดร. ธัสมน นามวงษ์	วงษ์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
9.	ผศ.ดร. คอย ละอองอ่อน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
10.	ผศ.ดร. ดลนภา ไชยสมบัติ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
11.	ผศ.ดร. ศรินยา พลสิงห์ชาญ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
12.	ผศ.ดร. รุ่งฤดี วงค์ชุม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
13.	ผศ. สมศักดิ์ วงศาวาส	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
14.	ดร. มัณฑนา เหมชะญาติ	สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
15.	ดร. เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
16.	ดร. วิสิฏฐ์ศรี เพ็งนุ่ม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช
17.	ดร. ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
18.	ดร. อภิรดี เจริญนุกูล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ์ประสงค์
19.	ดร. ชินกร สุจิมงคล	คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2569 ISSN 2673-0693

สารบัญ

บทความวิจัย

- ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์สำหรับผู้ดูแล ต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ.....1
  และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็ก.....15
  ที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารในจังหวัดชลบุรี.....29
- ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำต่อพฤติกรรม.....41
  การป้องกันโรคและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาวภาคเกษตรกรรม อำเภอบ้านแพง.....55
  จังหวัดนครพนม
- ผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ 2 ต่อระดับความเครียดของนักศึกษา.....69
  สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรม.....84
  การป้องกันอันตรายจากเสียงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี
- ผลของโปรแกรม U-Care ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อ.....101
  บบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5.....117
- การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัด.....130
  การตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว: การวิจัยและพัฒนา
- การพัฒนารูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรม ที่แผนกฉุกเฉิน.....146
  โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี
- การพัฒนาแนวทางเชิงระบบสำหรับการบูรณาการยุทธศาสตร์และการจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุข.....162
  ดิจิทัลระดับจังหวัด: กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

บรรณาธิการแถลง

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 (มกราคม – เมษายน 2569) นี้ เป็นการตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 12 เรื่อง ซึ่งได้รับการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเป็นบทความที่มีเนื้อหาความตรงกับจุดประสงค์และขอบเขตของวารสาร รวมทั้งมีกระบวนการผลิตที่ยึดหลักการตามมาตรฐานทั้งด้านวิชาการและจริยธรรม ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาสาระที่มีความหลากหลายทั้งทางการพยาบาล การสาธารณสุข และสังคมศาสตร์การแพทย์ โดยบทความแต่ละเรื่องนั้น ได้รับการพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ เพื่อการสนับสนุนให้มีการเผยแพร่บทความวิจัยที่มีคุณภาพ สามารถใช้เป็น “หลักฐานเชิงประจักษ์” ที่นำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานด้านการพยาบาลและการบริการสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ได้นำเสนอบทความที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการด้านการพยาบาล และการสาธารณสุข โดยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะส่งผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขอีกในฉบับต่อ ๆไป นอกจากนั้น กองบรรณาธิการขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่าง ๆ ทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการพิจารณาบทความพร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการ สามารถใช้อ้างอิง และนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม อันจะเป็นการช่วยส่งเสริมวงจรคุณภาพของการผลิตผลงานวิจัย นักวิจัย และวารสารฯ ให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งนับว่าจะเป็นประโยชน์ต่อวงวิชาการด้านสุขภาพในระดับชาติและนานาชาติต่อไป

ดร.มัณฑนา เหมชะญาติ
บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

The Effect of the Online Psychoeducation Program on Health Literacy and Knowledge about Caring of Person with Schizophrenia

สุนทรี ขะชาตย์[1], เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์[1], สุพัตรา จันทร์สุวรรณ[1], ปวิดา โพธิ์ทอง[1], ศศิธร เนียมอินทร์[2], ภัทรพร เจริญดี[2]

Soontaree Khachat[1], Saowalak Sripho[1], Supattra Chansuvarn[1], Prawida Photong[1], Sasithorn Neamin[2], Pattaraporn Charoendee[2]

[1]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, [2]โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

[1]Boromarajonani Collage of Nursing Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]Chaophrayayommarat Hospital

Corresponding author: Saowalak Sripho; Email: Saowalak@snc.ac.th

Received: February 5, 2025 **Revised:** December 30, 2025 **Accepted:** March 31, 2026

บทคัดย่อ

สุขภาพจิตศึกษามีความสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพราะส่งผลถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Jorm ซึ่งประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .80-1.00 และหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ซึ่งมีค่าเท่ากับ .96 และ Kuder-Richardson coefficient ได้เท่ากับ.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent sample t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง สำหรับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบภายหลังการทดลองกับกลุ่มควบคุม สรุปว่า โปรแกรมนี้มีผลต่อการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ในบริบทที่มีข้อจำกัดของเวลาและระยะห่างทางสังคม แต่ยังต้องศึกษาและพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวให้สามารถสร้างเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพ; ความรู้โรคจิตเภท; สุขภาพจิตศึกษา; ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of the Online Psychoeducation Program on Health Literacy and Knowledge about Caring of Person with Schizophrenia

Soontaree Khachat[1], Saowalak Sripho[1], Supattra Chansuvarn[1], Prawida Photong[1], Sasithorn Neamin[2], Pattaraporn Charoendee[2]

[1]Boromarajonani Collage of Nursing Suphanburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2]Chaophrayayommarat Hospital

Corresponding author: Saowalak Sripho; Email: Saowalak@snc.ac.th

Received: February 5, 2025 **Revised:** December 30, 2025 **Accepted:** March 31, 2026

Abstract

Psychoeducation is necessary for caregivers of patients with schizophrenia, as it directly impacts their ability to provide home-based care. This quasi-experimental research aimed to study the effects of an online psychoeducation program for caregivers on health literacy and knowledge regarding schizophrenia care. The sample consisted of 60 caregivers of schizophrenic patients at a psychiatric outpatient department of a hospital, selected through purposive sampling. They were divided into an experimental group (n=30) and a control group (n=30). The research instruments were developed based on Jorm's concept of mental health literacy. The experimental tool was the online psychoeducation program, while data collection tools included a personal information questionnaire, a health literacy scale, and a schizophrenia care knowledge scale. These instruments were validated for content validity by experts, with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from .80 to 1.00. Reliability coefficients were tested using Cronbach's alpha coefficient (resulted in .96) and the Kuder-Richardson coefficient (resulted in .81), respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent sample t-tests. The results revealed that the experimental group's mean score for health literacy regarding schizophrenia care showed no significant difference when compared before and after the experiment or when compared with the control group post-experimentation. However, regarding knowledge of schizophrenia care, the experimental group had a significantly higher mean score after the intervention compared to their baseline and when compared to the control group post-experiment. In conclusion, this program is effective in increasing caregivers' knowledge of schizophrenia care within the context of time constraints and social distancing. Nevertheless, further study and development are needed to enhance the program's capability to promote mental health literacy.

Keywords: health literacy; knowledge about schizophrenia; psychoeducation; schizophrenic person's care giver

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะเฉพาะของความบกพร่องในการรับรู้ความเป็นจริง ความคิดหลงผิด และกระบวนการคิดผิดปกติส่งผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ในปีพ.ศ.2565 องค์การอนามัยโลก รายงานผู้ป่วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคนทั่วโลกหรือ 1 ใน 300 คน (.32%)[1] ส่วนในประเทศไทย กรมสุขภาพจิตรายงาน ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีจำนวน 299,771 คน จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งสิ้น 2,904,328 คน คิดเป็นร้อยละ 10.32[2] จะเห็นได้ว่าโรคนี้ส่งผลกระทบต่อต่อประชาชนจำนวนมาก และภาวะผิดปกติของที่เกิดจากโรคนี้ทำให้เกิดอาการทางจิตส่งผลต่อความพิการอย่างมากและส่งผลกระทบต่อทุกด้านของชีวิตทั้ง บุคคล ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสกำเริบกลับเป็นซ้ำและต้องกลับมารับพักการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช จากปัจจัยสำคัญ ได้แก่ การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การไม่มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การใช้สารเสพติด และการจัดการทางอารมณ์ในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการลดการกำเริบของโรคจิตเภทได้[3] ถ้าผู้ดูแลและครอบครัวไม่มีความพร้อมในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อที่บ้าน ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคจิตเภทไม่ดี ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลที่ถูกต้อง จึงเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างเหมาะสม[3] ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชหรือการเจ็บป่วยทางจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อ ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและญาติ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอย่างชัดเจน คลอบคลุมประเด็นต่างๆ เช่น การรักษา การสังเกตอาการ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ วิธีการรับมือกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง ผลกระทบของการเจ็บป่วย และแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ในชุมชน[4]

นอกจากนี้การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตช่วยให้ผู้ดูแลรู้จักแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต และลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง[5] เมื่อผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลโรคจิตเภทและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพค่อนข้างต่ำ[6] ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเป็นความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการมีสุขภาพจิตที่ดี รวมถึงปัจจัยเสี่ยง อาการของโรคทางจิตเวชและวิธีการรักษา ที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักและยอมรับต่อการเจ็บป่วยทางจิต สามารถจัดการ ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และขอรับความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสามารถสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม[7] โดยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตตามแนวคิดของ Jorm[8] แบ่ง เป็น 6 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการจำแนกปัญหาด้านสุขภาพจิต 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือจากมืออาชีพ 5) ทัศนคติที่จะช่วยในการจำแนกและขอความช่วยเหลือ และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีผลต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน[9] ส่วนโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของบุคคล[10] ซึ่งมีการนำ Application ในสมาร์ตโฟนมาใช้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแล[11] และยังพบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ดูแลเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการดูแล ยังขาดการประยุกต์แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพจิต อีกทั้งโปรแกรม

สุขภาพจิตศึกษาส่วนใหญ่เป็นแบบเผชิญหน้าทำกิจกรรมร่วมกันเป็นรายกลุ่ม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม ไม่น้อยกว่า 6 ครั้ง ทำให้ผู้รับบริการต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมการดูแลทางสุขภาพจิตสำหรับครอบครัวของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตทางออนไลน์ของ Sara Barbeito และคณะ[12]พบว่าการใช้ช่องทางออนไลน์ในการให้ความรู้สุขภาพจิตหรือทำกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวสามารถดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้ดีขึ้น แม้ว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบเผชิญหน้าจะเกิดประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแล แต่ในการให้สุขภาพจิตศึกษาดังกล่าวในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ซึ่งต้องให้บริการครอบคลุมทั้งการให้บริการคัดกรอง การให้บริการทางด่วน การสัมภาษณ์และการประเมินก่อนพบแพทย์ การบริการตรวจวินิจฉัยรักษา การให้บริการหลังพบแพทย์[13] ทำให้มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลา เป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล แต่การให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ช่วยให้พยาบาลและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสามารถสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้มากขึ้น ตามเวลานัดหมายที่สะดวกของพยาบาลและผู้ดูแล โดยไม่ต้องคำนึงถึงระยะเวลาที่มีจำกัด และยังเป็นทางเลือกในการให้บริการเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานการณ์ที่มีความจำเป็นต้องเว้นระยะห่างทางสังคม เช่น สถานการณ์การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสต่าง ๆ อีกด้วย

ดังนั้นเพื่อการให้สุขภาพจิตศึกษาที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยไม่ต้องมีข้อจำกัดของระยะเวลา และลดปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ของ Jorm[8] มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมสุขภาพจิตผ่านช่องทางออนไลน์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ความรู้ที่คลอบคลุม และเกิดความรู้และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และลดอาการทางจิตกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล

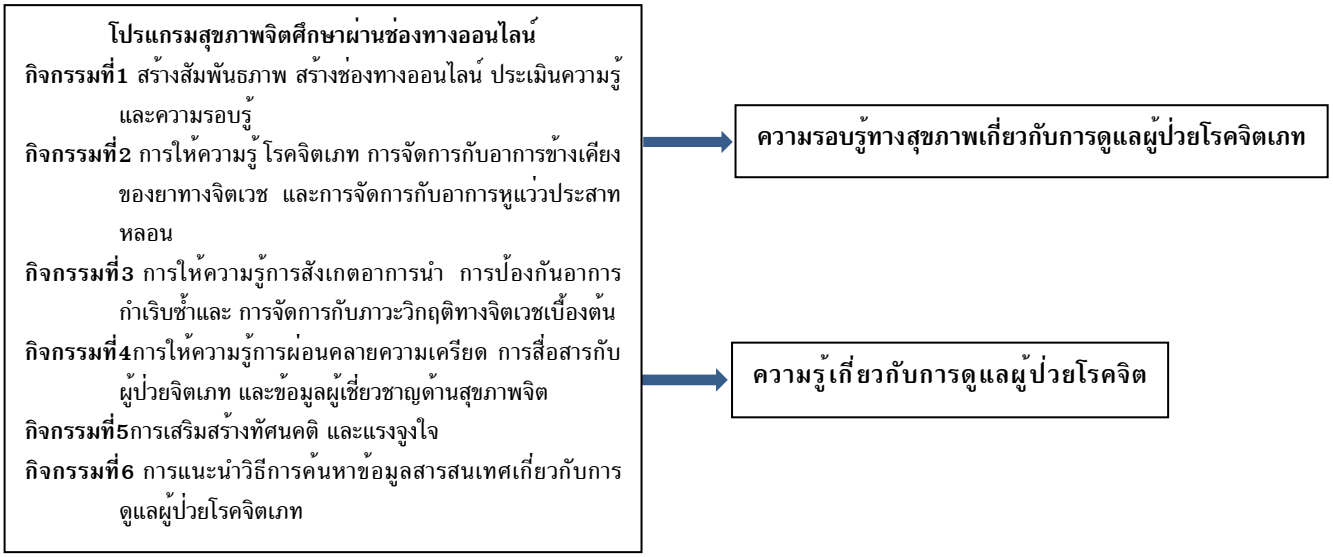
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังเข้าร่วมการทดลองมีความแตกต่างกัน
2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังเข้าร่วมการทดลองมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและสร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์เพื่อพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทและการดูแล และใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ของ Jorm[8] 6 องค์ประกอบ

คือ 1) ความสามารถในการจำแนกปัญหาด้านสุขภาพจิต 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือจากมืออาชีพ 5) ทัศนคติที่จะช่วยในการจำแนกและขอความช่วยเหลือ และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจิต ในการประยุกต์ใช้ให้มีความสอดคล้องกับกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ จำนวน 6 กิจกรรม เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เกิดการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่กำหนดดังภาพที่ 1



ภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental method) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนการทดลองและหลังสิ้นสุดการทดลอง (two group pretest-posttest design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์สำหรับผู้ดูแลต่อ**ความรอบรู้ทางสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท**

ประชากร ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชตั้งแต่เดือนมีนาคม-เดือนสิงหาคม พ.ศ.2567 คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 60 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตรเพียงคนใดคนหนึ่งที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท 2) เป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นมากกว่า 6 เดือน ขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นค่าจ้างรางวัลใดๆ 3) มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ทั้งเพศชายหรือหญิง 4) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ 5) มีอุปกรณ์สมาร์ทโฟนและสามารถเข้าถึงอินเตอร์เนตและมีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชัน LINE ไลน์ โดยมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีปัญหาอุปสรรคไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯได้ครบทุกกิจกรรม

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดด้วยโปรแกรม G power version 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t -test) กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .9 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยไพจิตร พุทธรอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ[14] และศิรินันท์ ทองดี[15] ได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .81 แล้วนำมาคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 54 ราย ทั้งนี้ได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 30 ราย รวมทั้งสิ้น 60 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และโรคประจำตัว

ส่วนที่2 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งเป็นข้อคำถามที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ท (Likert) จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) ทักษะการเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 4 ข้อ 2) ทักษะการเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 4 ข้อ 3) ทักษะการไต่ถามเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 4 ข้อ 4) ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 4 ข้อ และ 5) ทักษะการนำไปใช้ในการเลือกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 4 ข้อ โดยมีการให้คะแนนระดับความสามารถ 5 ระดับ ได้แก่ ไม่ได้ทำ ให้ 0 คะแนน ทำได้ยากมาก ให้ 1 คะแนน ทำได้ยาก ให้ 2 คะแนนทำได้ง่าย ให้ 3 คะแนน และทำได้ง่ายมาก ให้ 4 คะแนน ซึ่งมีค่าคะแนนของแบบสอบถามดังกล่าวอยู่ระหว่าง 0-80 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดังนี้ คะแนนรวม 0-40 คะแนน หมายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ คะแนนรวม 41-60 คะแนน หมายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ และ คะแนนรวม 61-80 คะแนน หมายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี

ส่วนที่3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสร้างจากกรอบแนวคิด และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นแบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อคำถาม ประกอบด้วย โรคจิตเภท การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช การจัดการกับอาการหูแว่วประสาทหลอน การสังเกตอาการนำ การป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การจัดการกับภาวะวิกฤติทางจิตเวชเบื้องต้น การผ่อนคลายความเครียด การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท วิธีการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิต และการเสริมสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาต่อเนื่อง โดยมีการให้คะแนน ได้แก่ ข้อที่ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน และข้อที่ตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน ซึ่งมีค่าคะแนนของแบบวัดความรู้ดังกล่าวอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนความรอบรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดังนี้ คะแนนรวม 0-4 คะแนน หมายถึงความรู้ระดับน้อย คะแนนรวม 5-7 คะแนน หมายถึงความรู้ระดับปานกลางและ คะแนนรวม 8-10 คะแนน หมายถึงความรู้ระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพสุขภาพจิต ของ Jorm[7] รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา 6 กิจกรรม ครั้งละ 30 นาที นำเสนอตามตารางดังนี้

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์	รายละเอียดกิจกรรม
กิจกรรมที่1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างช่องทางออนไลน์ ประเมินความรู้ และความรอบรู้	สัปดาห์ที่1 สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย โดยใช้แอปพลิเคชัน LINE ในการส่งแบบประเมินออนไลน์ และทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่โปรแกรมกำหนดและนัดหมายเวลาที่ผู้ดูแลสะดวกเป็นรายบุคคล
กิจกรรมที่2 การให้ความรู้ โรคจิตเภท การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช และอาการหูแว่วประสาทหลอน	สัปดาห์ที่2 สอนและให้คำแนะนำโดยใช้แอปพลิเคชัน LINE ทั้ง VDO call ร่วมกับสื่อออนไลน์ คลิปวิดิโอและสรุปสาระสำคัญโดยใช้Infographics และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม จำนวน 2 ครั้ง
กิจกรรมที่3 การให้ความรู้การสังเกตอาการนำการป้องกันอาการกำเริบซ้ำและ การจัดการกับภาวะวิกฤติทางจิตเวชเบื้องต้น	สัปดาห์ที่3ดำเนินกิจกรรมเช่นเดียวกับกิจกรรมที่2 และให้ความมั่นใจแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 ครั้ง
กิจกรรมที่4 การให้ความรู้การผ่อนคลายความเครียด การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท และข้อมูลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต	สัปดาห์ที่4 สอนและให้คำแนะนำ สาธิตเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดยกตัวอย่างสถานการณ์เกี่ยวกับการจัดการความเครียดที่อาจเกิดขึ้นพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลองสาธิตย้อนกลับ และการให้ข้อมูลที่จำเป็นของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตบำบัด รวมทั้งการแนวทางติดต่อเพื่อขอรับบริการหรือขอความช่วยเหลือ กรณีมีปัญหา จำนวน 2 ครั้ง
กิจกรรมที่5 การเสริมสร้างทัศนคติ และแรงจูงใจ	สัปดาห์ที่5 ครั้งที่1การให้กลุ่มตัวอย่างบอกสิ่งที่ภาคภูมิใจในตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากประสบการณ์ที่ผ่านมา พร้อมทั้งกำหนดเป้าหมายและยกตัวอย่างคำสร้างแรงบันดาลใจและสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ในการบำบัดรักษาโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่อง หรือการขอความช่วยเหลือ กรณีมีปัญหา และให้คำชมเชยในสิ่งที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยจิตเภท
กิจกรรมที่6 การแนะนำวิธีการค้นหาข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	สัปดาห์ที่5 ครั้งที่2 อธิบายขั้นตอนการค้นหาข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจากแหล่งที่น่าเชื่อถือและบุคลากรทางสาธารณสุขที่ผู้ดูแลสามารถขอสอบถามข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มเติมจากจิตแพทย์เจ้าของไข้ พยาบาล และนักจิตวิทยาคลินิกที่ให้การดูแลและปฏิบัติงานในแผนกคลินิกจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาล ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ และนัดหมายส่งแบบประเมินความรู้และความรอบรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาออนไลน์ให้ผู้ดูแลตอบกลับ ภายในสัปดาห์ที่6 ผ่านไลน์เป็นรายบุคคล โดยกล่าวการสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมดังกล่าว พร้อมทั้งขอบคุณ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความ

รอบรู้ด้านสุขภาพและความรู้**เกี่ยวกับการดูแล**ผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 คน และจิตแพทย์ 1 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และภาษา และวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยหาค่าIOC (Index of item Objective Congruence) เท่ากับ .80-1.00 นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ**เกี่ยวกับการดูแล**ผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล และแบบวัดความรู้**เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแล**ผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ**เกี่ยวกับการดูแล**ผู้ป่วยโรคจิตเภท หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha Coefficient ได้เท่ากับ .96 ส่วนแบบวัดความรู้**เกี่ยวกับการดูแล**ผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ Kuder-Richardson Coefficient ได้เท่ากับ .81

ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยมี 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย ภายหลังได้รับอนุญาตให้สามารถเข้าดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ระยะดำเนินการ คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง และการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดตามขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ขั้นดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลที่จำเป็นให้แก่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับทราบพร้อมทั้งลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้ทำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้เวลาประมาณ 15 – 30 นาที

2.2 ผู้วิจัยสร้างไลน์และเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมเป็นรายบุคคล และกำหนดข้อตกลงการเข้าร่วมอย่างชัดเจน เพื่อป้องกันการเปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไลน์ดังกล่าวใช้สำหรับการสื่อสาร โดยการส่งข้อความข้อมูลที่จำเป็น การให้ความรู้ทางสุขภาพจิตตามกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมในรูปแบบ VDO call การการส่งแบบสอบถามออนไลน์ การส่งสื่อออนไลน์และ Infographics ที่เกี่ยวข้อง และการถามตอบข้อสงสัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาเท่านั้น

2.3 ผู้วิจัยนัดหมายเวลากลุ่มทดลองในการทำกิจกรรมให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางในไลน์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติโดยให้เอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและนัดหมายการตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาเดียวกันกับกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (post-test)

2.4 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์กับกลุ่มทดลองโดยการสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความ

ร่วมมือในการทำการวิจัยครบทุกขั้นตอน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ผ่านแอปพลิเคชัน LINE จากอุปกรณ์สมาร์ทโฟน ร่วมกับการใช้ Infographics ที่ ผสมผสานคลิปวิดีโอจากสื่อออนไลน์ของกรมสุขภาพจิตและแหล่งสืบค้นต่าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่กำหนดในโปรแกรมฯ โดยกำหนดสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละไม่เกิน 30 นาที จนครบทุกกิจกรรม เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

ตัวอย่างรูปภาพ การทำกิจกรรมในโปแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์



3. ขั้นการประเมินผล ภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังการทดลอง(post-test) ผ่านการใช้แอปพลิเคชัน LINE และส่งข้อความเกี่ยวกับการสรุปกิจกรรมและสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นสิ่งที่ได้เรียนรู้ แจ้งการปิดโครงการวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งส่ง Infographics และคลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้องให้กลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เมื่อได้รับคำตอบจากกลุ่มตัวอย่างครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Independent sample t - test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช เอกสารรับรองหมายเลข YM006/2566 ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2567 ถึงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2568 โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงสิทธิในการยุติเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลใด ๆต่อการรับการบำบัดรักษา โดยข้อมูลจะถูกปกปิดเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงชื่อในใบ

ยินยอมก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาผ่านทางช่องทางออนไลน์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรอบรู้ทางสุขภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท							
ก่อนเข้าร่วม	48.30	2.82	46.80	2.53	29	-.33	.73
หลังเข้าร่วม	49.63	2.74	47.86	2.48	29	-.30	.76

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและภายหลังเข้าร่วมการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของทั้งสองกลุ่ม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท							
ก่อนเข้าร่วม	4.13	.28	4.10	.21	29	.34	.73
หลังเข้าร่วม	6.26	.37	4.00	.20	29	-4.54	.000

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ต่อความรอบรู้ทางสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ

30 คน โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ ทั้ง 6 กิจกรรม จำนวน 6 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ พบว่าไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ยังมีข้อจำกัดในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต แม้ว่าโปรแกรมดังกล่าวจะมีการประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 6 องค์ประกอบ ของ Jorm[8] ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ สร้างช่องทางออนไลน์ ประเมินความรู้ และความรอบรู้ กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ โรคจิตเภท การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช และการจัดการกับอาการหูแว่วประสาทหลอน กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้การสังเกตอาการนำ การป้องกันอาการกำเริบซ้ำและ การจัดการกับภาวะวิกฤติทางจิตเวชเบื้องต้น กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้การผ่อนคลายความเครียด การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท และข้อมูลผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างทัศนคติ และแรงจูงใจ และกิจกรรมที่ 6 การแนะนำวิธีการค้นหาข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ Application LINE และสื่อออนไลน์ที่น่าสนใจ โดยมีกิจกรรมตามแนวทางการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต[7] เกี่ยวกับการสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร ใช้ภาษาที่เรียบง่าย ใช้สื่ออื่น ๆ เช่นรูปภาพ วิดีโอ การวาดภาพประกอบ การให้ข้อมูล แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเข้าถึงง่าย แต่เนื่องจากบางกิจกรรมในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความจำเป็นที่กลุ่มตัวอย่างต้องใช้ระยะเวลาร่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างทัศนคติ และแรงจูงใจ และ กิจกรรมที่ 6 การแนะนำวิธีการค้นหาข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งต้องใช้การอภิปรายกลุ่ม การสะท้อนคิด และการฝึกกลุ่มย่อย แต่กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดของระยะเวลาที่สะดวกตรงกันทำให้ส่งผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต จึงไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรุโณทัย ปาทาน และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์[16] อธิบายว่า โปรแกรมที่ช่วยสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต้องใช้เทคนิคและวิธีการสอนที่หลากหลาย เช่น การสาธิต การฝึกกลุ่มย่อย การทวนความเข้าใจ การอภิปรายกลุ่ม การสะท้อนคิด การใช้ตัวแบบ และการแสดงบทบาทสมมุติร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการกับอาการข้างเคียงของยาทางจิตเวช การจัดการกับอาการหูแว่วประสาทหลอน การสังเกตอาการนำ การป้องกันอาการกำเริบซ้ำ การจัดการกับภาวะวิกฤติทางจิตเวชเบื้องต้น การให้ความรู้การผ่อนคลายความเครียด การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ความรู้ผ่านช่องทางออนไลน์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ สัปดาห์ละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 6

สัปดาห์ส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของกุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนาว์[9] พบว่าการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา อย่างต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ สามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับความรู้มากขึ้น อีกทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยผ่านช่องทางออนไลน์ โดยใช้ Application LINE ร่วมกับการใช้สื่อออนไลน์ที่น่าสนใจ ช่วยกระตุ้นการเรียนรู้และการจดจำสาระสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลทางสุขภาพจิตสำหรับครอบครัวของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตทางออนไลน์ของ Sara Barbeito และคณะ[12] พบว่าการใช้ช่องทางออนไลน์ในการให้ความรู้สุขภาพจิตหรือทำกิจกรรมการดูแลต่างๆ ช่วยให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวสามารถดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้ดีขึ้น ซึ่งการเพิ่มความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ถือเป็นการสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย[17]และ จากการศึกษาของ I Wayan Darsana และพบว่าการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตเวชออนไลน์ยังช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้มากกว่าแบบไม่ใช่ออนไลน์จึงสามารถเป็นทางเลือกหนึ่งในการป้องกันการกำเริบของโรคของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยการใช้สื่อออนไลน์มีประสิทธิภาพมากขึ้นทั้งในด้านการดำเนินการและด้านเวลา ทำให้การเข้าถึงบริการดูแลรักษาเป็นไปได้จริง และอำนวยความสะดวกให้ครอบครัวสามารถรับบริการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง[18] อีกทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ยังเป็นทางเลือกในการให้บริการเกี่ยวกับการให้ความรู้หรือคำแนะนำทางสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับระยะเวลา และระยะห่างทางสังคม ทำให้เป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล

สรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ที่มีการประยุกต์แนวคิดหลักการความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ของ Jorm มาใช้ในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ทางสุขภาพจิตร่วมกับการใช้สื่อออนไลน์ที่น่าสนใจ ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ลดปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล จากข้อจำกัดของระยะเวลา และยังเป็นทางเลือกในการให้บริการเกี่ยวกับการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในสถานการณ์ต่างๆ ที่มีความจำเป็นต้องเว้นระยะห่างทางสังคม แต่มีข้อจำกัดในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต เกี่ยวกับการใช้ระยะเวลาที่ตรงกันของกลุ่มตัวอย่างในการร่วมบางกิจกรรม ได้แก่ การเสริมสร้างทัศนคติ แรงจูงใจ เช่นการฝึกกลุ่มย่อย การสะท้อนคิดร่วมกัน และการฝึกการค้นหาข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิต จึงต้องมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวให้มีความเหมาะสมกับระยะเวลาของผู้ดูแลในการร่วมกิจกรรมเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ ลดอาการทางจิตกำเริบซ้ำและการกลับเข้าพักรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลควรนำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ไปใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชรายใหม่และรายเก่าที่มารับการบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและนำไปปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ที่ส่งผลต่อความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลโดยการเพิ่มการใช้เทคนิคและวิธีการสอนที่หลากหลาย

2) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาผ่านช่องทางออนไลน์ต่อความรู้ ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลเป็นระยะเวลา อย่างต่อเนื่อง เพื่อยืนยันประสิทธิผลและประสิทธิภาพของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่านที่ช่วยให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. 2022 [cited 10 January 2024]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia
2. Deparment of Mental Health. Report of psychiatric patient [Internet]. 2023 [cited 20 January 2024]. Available from: https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/(in Thai)
3. Thiensan T. Psychiatric and mental health nurses with the roles of family preparedness of schizophrenic patients care in the community. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2018;30(2):1-15. (in Thai)
4. Kaewjant N, Kabkumba C. Psychiatric Nursing. Khon Kaen:Khon Kaen University.2023. (in Thai)
5. Meanmit S, Wongpanarak N. The relationships between mental health literacy, social support, quality of life, and caregiver burden in caregivers of people with schizophrenia. Journal of Health and Nursing Education 2024;30(1):50-64. (in Thai)
6. Kijaroonchai R, Srinagarind S. Survey on Health Literacy and Health Behaviors in Patients with Stable Schizophrenia .Med J 2024; 39(5):512-9. (in Thai)
7. Division of Mental Health Promotion and Development, Department of Mental Health. Guidelines for enhancing mental health literacy of the public. [Internet]. 2024 [cited 23 September 2024].Available from: https://dmh-elibrary.org/items/show/1536 (in Thai)
8. Jorm AF. Mental Health Literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. The British Journal of Psychiatry2000;177(5):396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396.
9. Wongnuphanao K. The effect of psychoeducation program on the knowledge of caregivers of schizophrenia patients in the community. Journal of Environmental and Community Health2024;9(6):861-70. (in Thai)
10. Mokekhaow K, Jumpated M, Surangsri S, Mahagun C. The effect of a mental health literacy promotion program on mental health self-care ability of people. Nursing Journal of the Ministry of Public Health2023;33(2):86-96. (in Thai)

11. Khinanti B, Salaeming N, Thaworawan M, Klinom K, Darunikorn K, Prasomruk P. The Effect of smartphone applications on mental health literacy and mental health care behaviors of caregivers for dependent elderly in chanuman district amnat charoen province. Journal of Nursing and Health Sciences, Nakhon Phanom University2024:2(1);1-11. (in Thai)
12. Barbeito S, Sánchez-Gutiérrez T, Antonio Becerra-García J, González Pinto A, Caletti E, Calvo A systematic review of online interventions for families of patients with severe mental disorders. Journal of Affective Disorders2020; 263 (15):147-54. [cited 27 September 2025]. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032719310924
13. Sukmak V. Nursing Care plans for continuity of care in psychiatric Nursing 2. Mahasarakham: Baanlaesuan Publishing.2024. (in Thai)
14. Phuttharod P, Silpakamphiset K. The effect of a mental strength enhancement program on self-esteem and depression among elderly people with depression. Nakhon Ratchasima Rajabhat University Journal of Research and Development.2021;15(1):70-82. (in Thai)
15. Thongdee S. The effect of a mental health promotion program for the elderly based on positive psychology. Bangkok: Srinakharinwirot University.2021. (in Thai)
16. Pathan A, Mongkolsomlit S. Effectiveness of Mental Health Care Literacy Promotion Program of Elderly People among Village Health Volunteers, Pathumthani Municipalality Province. Journal of Behavioral Science for Development (JBSD) 2020;12(2):215-32. (in Thai)
17. Lakkanasirorat M, Lukkanawiwat J, Phutharod P. Effects of family support program in increasing the knowledge of patients with schizophrenia and rehabilitation schizophrenia patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health2025;39(1):85-101. (in Thai)
18. Darsana I W, Swarjana I K, Rahayuni I R, Sandra Putra I Putu Gde Yudara. The Effectiveness of Online-Based Psychoeducation in Improving Family Caregivers' Ability to Care for Schizophrenia Patients: A Scoping ReviewBabali Nursing Research 2025; 6(2):390-407

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม ในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Factors Associated with Caregiving Prevention Behaviors to Inappropriate Sexual Behaviors among Family Caregivers of Children with Intellectual Disability in Northeast Thailand

จตุพร จำรองเพ็ง[1], ดุญณภัตน์ ขาวหิต[1], รรฤณ แสงแก้ว[2], ชนกพร ศรีประสาร[1]
Jatuporn Jumrongpeng[1], Doonnaput Khowhit[1], Rarin Saengkaew[2], Chanokporn Sriprasan[1]
[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม [2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
[1]Faculty of Nursing, Mahasarakham University [2]Faculty of Nursing, Kasetsart University
Corresponding author: Doonnaput; Email: Doonnaput.c@msu.ac.th
Received: July 1, 2025 **Revised:** February 25, 2026 **Accept:** March 31, 2026

บทคัดย่อ

เด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญามักเสี่ยงต่อการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม ซึ่งผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแล จำนวน 127 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา มีความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ (mean=12.50, SD=3.90) รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง (mean=42.50, SD=10.50) และพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง (mean=42.30, SD=8.30) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ($r = .226$, $p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม ($r = .509$, $p < .001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม ($r = .686$, $p < .001$) ดังนั้น ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา จึงควรส่งเสริมความรู้และสมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแลเด็กกลุ่มนี้

คำสำคัญ: การแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม; เด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา; ผู้ดูแล; พฤติกรรมการดูแล

Factors Associated with Caregiving Prevention Behaviors to Inappropriate Sexual Behaviors among Family Caregivers of Children with Intellectual Disability in Northeast Thailand

Jatuporn Jumrongpeng[1], Doonnaput Khowhit[1], Rarin Saengkaew[2], Chanokporn Sriprasan[1]

[1]Faculty of Nursing, Mahasarakham University, [2]Faculty of Nursing, Kasetsart University

Corresponding author: Doonnaput; Email: Doonnaput.c@msu.ac.th

Received: July 1, 2025 **Revised:** February 25, 2026 **Accept:** March 31, 2026

Abstract

Children with intellectual disabilities are often at risk of engaging in inappropriate sexual behaviors, and caregivers play a crucial role in preventing such actions. This study aimed to examine factors associated with caregivers' preventive behaviors regarding inappropriate sexual expression in children with intellectual disabilities in the Northeast region. The participants consisted of 127 caregivers, selected through multi-stage random sampling. The research instruments included a personal information questionnaire, a questionnaire on knowledge of appropriate sexual expression, a self-efficacy scale for preventive care, and a questionnaire on caregiving behaviors to prevent inappropriate sexual expression. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficient, and point-biserial correlation. The results revealed that caregivers had a low level of knowledge about appropriate sexual expression (mean=12.50, SD=3.90), a moderate level of self-efficacy perception regarding prevention of inappropriate sexual expression (mean=42.50, SD=10.50), and a moderate level of preventive care behaviors for inappropriate sexual expression (mean=42.30, SD=8.30). Factors significantly associated with preventive care behaviors for inappropriate sexual expression in children with intellectual disabilities included caregivers' education level (r=.226, p<.05), knowledge of appropriate sexual expression (r=.509, p<.001), and self-efficacy perception regarding prevention of inappropriate sexual expression (r=.686, p<.001). Therefore, programs developed to prevent inappropriate sexual expression in children with intellectual disabilities should focus on enhancing both the knowledge and self-efficacy of their caregivers.

Keywords: care behaviors; caregivers; children with intellectual disability; inappropriate sexual behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญ

เด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา (intellectual disability) คือเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความล่าช้าทางพัฒนาการทุกด้าน ส่งผลให้เด็กมีความบกพร่องในการเรียนรู้ การตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการปรับตัว[1] แบ่งความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย IQ 50-69 ระดับปานกลาง IQ 35-49 และระดับรุนแรง IQ 20-34[2] โดยจะเริ่มมีอาการก่อนอายุ 18 ปี ในต่างประเทศพบรายงานปัญหาเด็กบกพร่องสติปัญญาร้อยละ 2.2 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] เช่นเดียวกับสถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าเด็กพิการทางสติปัญญามีอัตราส่วนมากที่สุด ร้อยละ 30.23 ของจำนวนคนพิการที่อยู่ในวัยเด็กและวัยกำลังศึกษาทั้งหมด[4] ข้อมูลจากกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีจำนวนผู้พิการมากที่สุดในประเทศ เด็กและเยาวชนมีสัดส่วนของความพิการทางสติปัญญามากที่สุดเมื่อเทียบกับความพิการประเภทอื่น ซึ่งเด็กที่มีภาวะพร่องทางสติปัญญาจะเรียนรู้ช้ากว่าเพื่อนวัยเดียวกัน มีความเข้าใจทางสังคมที่จำกัด มีปัญหาในการควบคุมอารมณ์ และทักษะการดูแลตนเองพื้นฐาน ส่งผลให้เด็กร้อยละ 45.4 มีความลำบากในการจดจำหรือสมาธิ รองลงมาคือ การควบคุมพฤติกรรมและการเรียนรู้ ร้อยละ 44.5 ร้อยละ 40.5 ตามลำดับ[5]

ถึงแม้ว่าเด็กจะมีความพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา แต่จะมีการเจริญเติบโตทางร่างกายเหมือนเด็กปกติทั่วไป ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ เช่น เพศหญิงมีเต้านม เริ่มมีขนขึ้นตามรักแร้และอวัยวะเพศ มีประจำเดือน ในเพศชายอวัยเพศแข็งตัวหรือมีการหลั่งน้ำอสุจิ เป็นต้น จากการที่ร่างกายมีฮอร์โมนเพศนั้นส่งผลให้เด็กมีความต้องการทางเพศที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและแสดงออกเป็นพฤติกรรมทางเพศ เช่น สนใจเพศตรงข้าม พฤติกรรมการช่วยตนเอง เป็นต้น แต่ด้วยข้อจำกัดในการเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการทางเพศของตนเอง ความล่าช้าในการพัฒนาทักษะทางสังคม การขาดความสามารถในการประเมินสถานการณ์เสี่ยง และข้อจำกัดในการตัดสินใจ ทำให้เด็กกลุ่มนี้แสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่พบบ่อยได้แก่ การเปิดเผยร่างกายส่วนที่ควรปกปิด การแตะต้องร่างกายผู้อื่นโดยไม่ได้รับอนุญาต[6] การเล่นอวัยวะเพศตนเองในที่สาธารณะ การเข้าหาเพศตรงข้ามโดยไม่เหมาะสม เช่น แสดงท่าทีพึงพอใจมากเมื่อพบเพศตรงข้ามที่ถูกใจ ยิ้มหรือเข้าไปพูดคุยใกล้ชิดกับเพศตรงข้ามที่ไม่รู้จัก และการสำเร็จความใคร่ในที่สาธารณะ[7] เป็นต้น ซึ่งพบอุบัติการณ์ของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 30-44 พฤติกรรมเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการยอมรับทางสังคมเท่านั้น แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิดและคุกคามทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ เด็กกลุ่มนี้มักตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงทางจิตใจและอาจยินยอมมีเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจหลังจากถูกล่อลวงด้วยคำสัญญาต่าง ๆ ด้วยข้อจำกัดทางสติปัญญาที่ส่งผลต่อการแสดงออกถึงความต้องการทางเพศ ทักษะทางสังคมและการสื่อสารที่ไม่เพียงพอ และการที่ไม่สามารถแยกแยะได้ระหว่างการมีเพศสัมพันธ์แบบยินยอมและไม่ยินยอม ประกอบกับการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและไม่สามารถป้องกันตนเองได้ ส่งผลให้เด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาตกเป็นเหยื่อของการล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งมีโอกาสตกเป็นเหยื่อของการล่วงละเมิดมากกว่าประชากรทั่วไป 3-4 เท่า[8] และพบว่าส่วนใหญ่ตกเป็นเหยื่อของการล่วงละเมิดทางเพศอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิตโดยมักจะถูกกระทำโดยบุคคลใกล้ชิด[9] ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการล่วงละเมิดทางเพศในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์กรอนามัยโลกรายงานว่าการถูกล่วงละเมิดทางเพศในเด็ก ร้อยละ 20 เป็นเพศหญิง และในประเทศไทยพบว่าเด็กเกือบ 11,000 คน หรือราว 30 คนต่อวัน เข้ารับการรักษาพยาบาลจากการถูกกระทำรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กผู้หญิงและถูกกระทำโดยบุคคลที่เด็กรู้จัก ส่งผลให้เด็กมีความเสี่ยงในการเป็นโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ตามมา[10] จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกคุกคามทางเพศในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา ประกอบด้วย เพศหญิง ช่วงอายุ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เด็กมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 16 ปี[11] ระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์ และการที่เด็กไม่ได้อาศัยอยู่กับบิดามารดามีความสัมพันธ์กับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ[12]

ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางและความจำเป็นในการมีมาตรการป้องกันที่เข้มแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเป็นตัวทำนายความสำเร็จ ผู้ดูแลทำหน้าที่เป็นครูคนแรกและสำคัญที่สุดในการสอนทักษะชีวิตและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง การให้การสนับสนุนที่เหมาะสมจากผู้ดูแลส่งผลโดยตรงต่อความสามารถของเด็กในการบรรลุศักยภาพสูงสุด[13] สอดคล้องกับแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (Community-based rehabilitation หรือ CBR) ขององค์การอนามัยโลกที่เน้นย้ำว่าการสนับสนุนผู้ดูแลควรเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายสาธารณสุขระดับโลก เพื่อให้เด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาสามารถพัฒนาศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างเต็มที่[14] โดยที่ปัญหาการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดความกังวลแก่ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ในหลายกรณีผู้ดูแลไม่ทราบว่าจะจัดการปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมนั้นอย่างไร หรือไม่ก็เป็นการจัดการพฤติกรรมนั้นด้วยความไม่เข้าใจ[7] เนื่องจากขาดความรู้ ทักษะ การสนับสนุนที่เหมาะสม และการขาดข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้ดูแล[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ดูแลในบริบทของประเทศไทยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลเด็กพิการทางด้านร่างกายและในกลุ่มพิการด้านอื่น ๆ เป็นส่วนใหญ่ สำหรับการศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาที่มีอยู่เน้นเพียงด้านการส่งเสริมทักษะชีวิตและสุขอนามัยเท่านั้น การศึกษาเกี่ยวกับประเด็นทางเพศในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญายังคงเป็นประเด็นที่ได้รับการศึกษาอย่างจำกัดและละเลย ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล เช่น อายุ ระดับการศึกษา[15] ความรู้[16] และการรับรู้ความสามารถตนเองในการดูแล[17-21] ซึ่งประสบการณ์และความท้าทายในการเลี้ยงดูอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นใจและความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการ โดย Bandura[22] ได้อธิบายไว้ในทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy theory) ว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานให้สำเร็จนั้นมีความสำคัญต่อพฤติกรรม ช่องว่างทางวิชาการนี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา โดยเฉพาะในบริบทภูมิสังคมของประเทศไทยที่อาจมีความแตกต่างจากบริบทต่างประเทศ ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาให้มีการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการถูกคุกคามทางเพศ ผลการศึกษาจะให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพและตรงตามบริบท การออกแบบบริการสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ดูแล และการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาในประเทศไทยอย่างเป็นระบบและยั่งยืนต่อไป

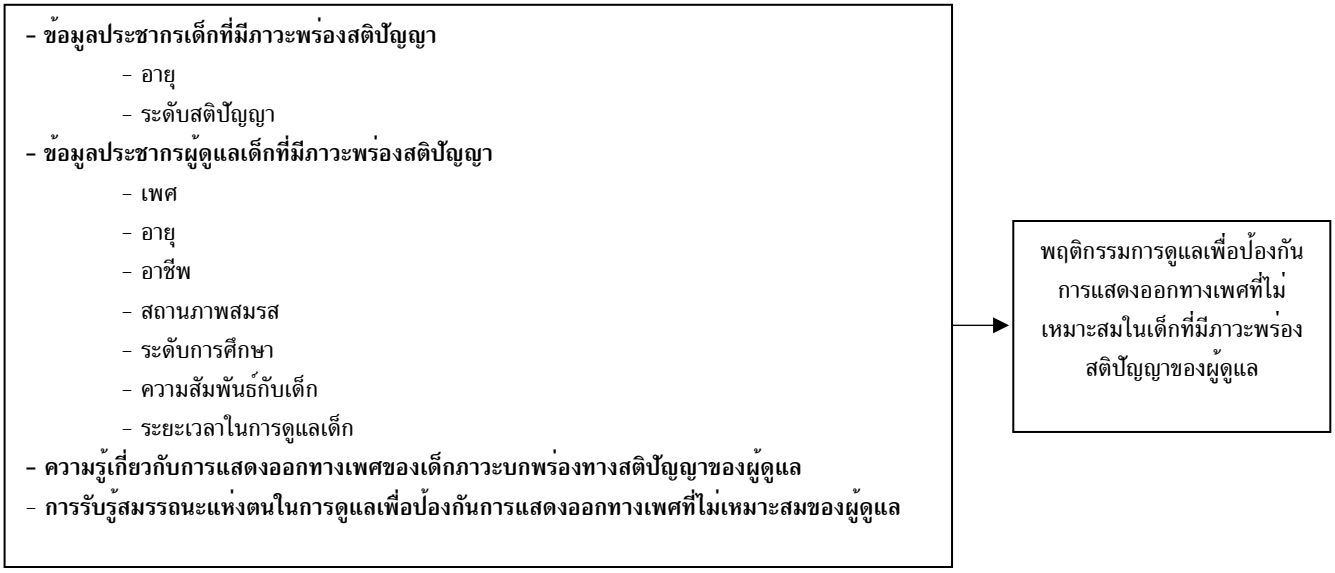
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากรของเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา ปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลและพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากรของเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา ปัจจัยด้านประชากรของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลกับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory: SCT) ของแบนดูรา ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบนดูราเชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วยและการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเรียกว่า Reciprocal Determinism (Bandura, 1997)[22] ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะพร่องทางสติปัญญาเพศหญิง อายุระหว่าง 10-19 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะพร่องทางสติปัญญาเพศหญิงอายุระหว่าง 10-19 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

การคัดเข้า ดังนี้ 1) พ่อ แม่ ผู้ปกครอง หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับเด็ก โดยมีระยะเวลาของการดูแลอย่างน้อย 6 เดือน 2) อายุ 20-60 ปี 3) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก คือ ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ โดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โรงเรียนเฉพาะคนพิการด้านสติปัญญาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 3 โรงเรียน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) จากรายชื่อผู้ดูแลทั้งหมด จากสูตร Interval = N/n เพื่อให้มีช่วงห่างในการสุ่มเท่าๆ กันกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power version 3.1.9.4 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test, 1-β) ที่ระดับร้อยละ 95 ความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ .05 หาความสัมพันธ์แบบทางเดียวจากค่ามาตรฐานของ Cohen ได้ค่า effect size อยู่ในระดับ medium เท่ากับ .3 โดยอ้างอิงขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน[19] ได้กลุ่มตัวอย่าง 115 คน ป้องกันอัตราการตอบกลับข้อมูลไม่ครบถ้วน เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็ก ระยะเวลาในการดูแลเด็ก และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก 2 ข้อ ได้แก่ อายุ และระดับภาวะความบกพร่องด้านสติปัญญา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วย 2.1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบถูกผิด มีช่วงคะแนนรวม 0-20 คะแนน การแปลผลคะแนนเฉลี่ยอิงเกณฑ์ของ Bloom[23] แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 0-11 หมายถึงความรู้ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 12-15 หมายถึงความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 16-20 หมายถึงความรู้ระดับสูง และ 2.2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ มีช่วงคะแนนรวม 15-60 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ Best[24] เป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 15-30 หมายถึงมั่นใจน้อย คะแนนเฉลี่ย 31-46 หมายถึงมั่นใจปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 47-60 หมายถึงมั่นใจมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ มีช่วงคะแนนรวม 20-60 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ Best[24] เป็น 3 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 20-33 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลระดับไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 34-47 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 48-60 หมายถึงพฤติกรรมการดูแลระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำมาหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาอยู่ระหว่าง .80-.98 แปลว่าเครื่องมือมีความตรงของเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ดังนี้ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม โดยวิธีคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20) เท่ากับ .87 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .75, และ .78 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผ่านการอนุมัติ วันที่ 31 มกราคม 2567 เลขที่รับรอง 036-579/2567 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะขอถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อ สกุล ของผู้ให้ข้อมูล เพื่อปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมวิจัย และผลงานวิจัยจะรายงานเป็นภาพรวมเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดย

1. ผู้วิจัยติดต่อขออนุญาตผู้อำนวยการโรงเรียน และติดต่อประสานงานครูที่มีหน้าที่รับผิดชอบนักเรียนที่ตรงตามคุณสมบัติที่ระบุไว้ หลังจากนั้นให้ครูนัดหมายวันและเวลาในการเก็บข้อมูลกับผู้ดูแล
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์ม
3. ผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจอย่างชัดเจน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15-30 นาที
4. ผู้วิจัยตรวจสอบถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลกับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation) และทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเพศ อายุของผู้ดูแล อายุของเด็ก ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับเด็ก ระดับ IQ ของเด็ก และระดับการศึกษาของผู้ดูแล กับพฤติกรรมการ

ดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (point-biserial correlation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีภาวะบกพร่องสติปัญญา มีอายุเฉลี่ย 13.4 ปี (SD=2.8) ส่วนใหญ่มีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 69.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 13.40 ปี ($\overline{X}$ = 13.40, SD = 2.8)		
ระดับสติปัญญาเด็ก		
น้อย (IQ= 50-69)	27	21.30
ปานกลาง (IQ= 35-49)	88	69.30
รุนแรง (IQ= 20-34)	12	9.40

2. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องสติปัญญา พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.1 (SD=11.0) ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.30 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.3 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.90 ความสัมพันธ์กับเด็กส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 46.50 ระยะเวลาในการดูแลเด็กมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.10 ปี (SD=2.7) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=127)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	26.80
หญิง	93	73.20
อายุเฉลี่ย 46.10 ปี ($\overline{X}$ = 46.10, SD = 11.0)		
อาชีพ		
แม่บ้าน	22	17.30
เกษตรกรรม	29	22.80
ค้าขาย	25	19.70
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	9	7.10
รับจ้าง	41	32.30
อื่น ๆ	1	0.80
สถานภาพสมรส		
โสด	10	7.80
คู่	74	58.30
หม้าย/หย่า/แยก	43	33.90

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	33	26.00
ประถมศึกษา	71	55.90
มัธยมศึกษา	5	3.90
อนุปริญญา	15	11.80
ปริญญาตรี	3	2.40
ความสัมพันธ์กับเด็ก		
บิดา	27	21.30
มารดา	59	46.50
พี่น้องร่วมสายเลือด	5	3.90
ญาติ	36	28.30
ระยะเวลาในการดูแลเด็กเฉลี่ย 13.10 ปี ($\overline{X}$ = 13.10, SD = 2.70)		

3. ระดับความรู้ ระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และระดับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (M=12.5, SD=3.9) มีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (M=42.5, SD=10.5) และมีระดับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง (M=42.3, SD=8.3) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล (n=127)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่เป็นจริง	*M*	*SD*	การแปลผล
1. ความรู้ในการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม	0-20	0-20	12.5	3.9	ปานกลาง
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม	15-60	22-60	42.5	10.5	ปานกลาง
3. พฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม	20-60	27-58	42.3	8.3	ปานกลาง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา (r=.226) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญา มีความสัมพันธ์ระดับกับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่

เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .509$, $p<.001$ และ $r = .686$, $p<.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล (n=127)

ปัจจัยที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. อายุเด็ก	-.150[a]	.092
2. ระดับสติปัญญาเด็ก	.087[a]	.329
3. อายุญาติผู้ดูแล	.113[a]	.207
4. เพศ	-.082[a]	.360
5. ความสัมพันธ์กับเด็ก	-.106[a]	.237
6. ระดับการศึกษาของผู้ดูแล	.226[a]	.011
7. ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาของผู้ดูแล	.509[b]	<.001
8. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแล	.686[b]	<.001

[a]Point-Biserial correlation, [b]Spearman's correlation,

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่าในบรรดาปัจจัยส่วนบุคคลทั้งหมด ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.226$, $p<.05$) แม้จะอยู่ในระดับต่ำ แต่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาที่สูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีกระบวนการรับรู้เชิงประเมินผล (cognitive appraisal) ที่ซับซ้อนกว่า ทำให้สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และแสดงพฤติกรรมการดูแลเชิงป้องกันได้อย่างเป็นระบบมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura[22] และจากการศึกษาของ Oliveira et al.[25]พบว่าผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศต่ำมักตอบสนองในเชิงรับมากกว่าเชิงป้องกัน อย่างไรก็ตามขนาดความสัมพันธ์ที่ต่ำนี้ชี้ให้เห็นว่าระดับการศึกษาไม่ใช่ปัจจัยชี้ขาด เนื่องจากความรู้เฉพาะทางด้านการดูแลเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาเกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศต้องอาศัยการฝึกอบรมเฉพาะเจาะจง ซึ่งการศึกษาในระบบทั่วไปอาจไม่ครอบคลุมเพียงพอ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ได้แก่ อายุ เพศ และความสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล รวมถึงอายุและระดับสติปัญญาของเด็ก ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการดูแล สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[22] ที่ชี้ว่าพฤติกรรมมนุษย์ถูกกำหนดโดยปัจจัยทางปัญญาและการรับรู้มากกว่าลักษณะทางประชากรศาสตร์ ซึ่งพัฒนาได้ผ่านการเรียนรู้และประสบการณ์ ในส่วนของตัวแปรด้านเด็กไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและระดับสติปัญญาของเด็กกับพฤติกรรมการดูแลสามารถอธิบายได้ว่า เด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาทุกช่วงอายุและทุกระดับความรุนแรงต่างมีความเปราะบางต่อการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมอย่างเท่าเทียมกัน ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องให้การดูแลและป้องกันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยไม่ขึ้นกับ

ลักษณะเฉพาะของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม[19] ผลการศึกษานี้ยืนยันว่าพฤติกรรมการดูแลเชิงป้องกันไม่ได้ถูกกำหนดโดยลักษณะของเด็กที่อยู่นอกเหนือการควบคุม แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยของผู้ดูแลที่สามารถพัฒนาได้ อันสอดคล้องกับหลักการ triadic reciprocal determinism ของ Bandura[22] ที่อธิบายว่าพฤติกรรมเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม มากกว่าปัจจัยคงที่ทางชีววิทยา

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญากับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในระดับปานกลาง ($r=.509$, $p<.001$) สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura[22] ที่อธิบายว่าความรู้เป็นรากฐานที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนและนำไปสู่พฤติกรรมที่มีทิศทางและเป้าหมาย ซึ่งความรู้ที่ได้รับผ่านประสบการณ์ตรง (mastery experiences) และการเรียนรู้จากการสังเกต (vicarious experiences) เป็นแหล่งสำคัญในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน[26] สอดคล้องกับ Svae et al.[27] พบว่าผู้ดูแลที่ขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศในบุคคลที่มีภาวะพร่องสติปัญญามักลังเลและไม่มั่นใจในการจัดการพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และมักหลีกเลี่ยงการพูดถึงปัญหาทางเพศจนกว่าปัญหาจะเกิดขึ้นจริง ส่งผลให้ตอบสนองในเชิงรับแทนที่จะป้องกัน ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ดูแลที่มีความรู้เพียงพอซึ่งมีพฤติกรรมการดูแลเชิงป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันการณ์[25] อย่างไรก็ตามขนาดความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ($r=.509$) ชี้ให้เห็นว่าความรู้เพียงอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมโดยอัตโนมัติ สอดคล้องกับ Stobbe et al.[28] พบว่าการเพิ่มพูนความรู้อาจไม่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยตรง เนื่องจากต้องอาศัยตัวแปรเสริม ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทัศนคติ และการสนับสนุนทางสังคม ในการเชื่อมโยงความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริง ผลการศึกษานี้จึงบ่งชี้ว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเชิงป้องกันควรบูรณาการทั้งการเสริมสร้างความรู้และพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนควบคู่กัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนและมีประสิทธิผลสูงสุด

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลกับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในระดับสูง ($r=.686$, $p<.001$) และเป็นค่าความสัมพันธ์ที่สูงกว่าความรู้อย่างมีนัยสำคัญ ($r=.509$) สะท้อนให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยขับเคลื่อนพฤติกรรมการดูแลที่ทรงพลังกว่าความรู้เพียงอย่างเดียว สอดคล้องกับทฤษฎี Bandura[22] ที่ระบุว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตั้งอยู่ในตำแหน่งต้นของห่วงโซ่สาเหตุของพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านการกำหนดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ซึ่งยืนยันว่าในบรรดาตัวกำหนดพฤติกรรมทั้งหมด การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่งที่สุด แม้ผู้ดูแลจะมีความรู้ที่ดีแต่หากขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ความรู้นั้นก็อาจไม่เปลี่ยนแปลงเป็นพฤติกรรมการดูแลเชิงป้องกันที่สม่ำเสมอได้ ในทางกลับกันผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมุ่งมั่น ยืนหยัด และรับมือกับสถานการณ์ยากลำบากได้อย่างยืดหยุ่น สอดคล้องกับการศึกษาหนึ่งเกี่ยวกับผู้ดูแลที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล[19] และ Goli et al.[29] พบว่าการ

เพิ่มขึ้นของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ดูแลสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการดูแลด้านเพศศึกษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดของ Bandura ที่เน้นว่าความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน โดยความรู้เป็นฐานที่จำเป็นซึ่งช่วยสร้างความเข้าใจและลดความกังวลในการดูแล ขณะที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนทำหน้าที่เป็นกลไกขับเคลื่อนพฤติกรรมที่มีพลังและต่อเนื่องมากกว่า ผลลัพธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญในเชิงปฏิบัติ กล่าวคือ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาควรมุ่งเน้นทั้งการเพิ่มพูนความรู้และการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลควบคู่กัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและครอบคลุมที่สุด ที่สำคัญการที่การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (r=.686) มีความสัมพันธ์สูงกว่าความรู้ (r=.509) กับพฤติกรรมการดูแลนั้น สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Bandura[30] ที่ยืนยันว่าในบรรดาตัวกำหนดต่าง ๆ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่งที่สุด ซึ่งหมายความว่าแม้ผู้ดูแลจะมีความรู้ที่ดีแต่หากขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนก็อาจไม่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเชิงป้องกันได้อย่างสม่ำเสมอ ในทางตรงกันข้ามผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีความมุ่งมั่น กล้าเผชิญความท้าทาย และยืนหยัดในการดูแลแม้เผชิญกับสถานการณ์ยากลำบาก สิ่งนี้บ่งชี้ว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเพื่อป้องกันการแสดงออกทางเพศที่ไม่เหมาะสมควรมุ่งเน้นไปที่ตัวแปรที่ปรับเปลี่ยนได้ โดยเฉพาะการเสริมสร้างความรู้เฉพาะทางและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่าคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ และควรออกแบบโปรแกรมให้ครอบคลุมผู้ดูแลทุกเพศ ทุกวัย และทุกระดับความสัมพันธ์กับเด็กอย่างเท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่ดูแลเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาควรประเมินความรู้และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล เพื่อวางแผนการให้ความช่วยเหลือและควรบูรณาการการให้คำปรึกษาเรื่องการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสมในเด็กที่มีภาวะพร่องสติปัญญาไว้ในกระบวนการดูแลตามปกติ

2. การพัฒนาโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลที่บูรณาการทั้งการเสริมสร้างความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนควบคู่กัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาตัวแปรที่ยังไม่ได้รับการศึกษาที่อาจมีความสัมพันธ์หรือมีอิทธิพลเพิ่มเติม ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเชิงป้องกัน บริบทวัฒนธรรม และค่านิยมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศในบริบทครอบครัวไทย

2. การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลายและครอบคลุมมากขึ้นในหลายมิติ ได้แก่ ครูการศึกษาพิเศษ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลในครอบครัว

3. การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมผู้ดูแลที่ออกแบบโดยอิงทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ ซึ่งจะให้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่แข็งแกร่งกว่าการศึกษาความสัมพันธ์ในครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้อำนวยการและครูโรงเรียนสำหรับเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกโรงเรียนเป็นอย่างสูงที่มีส่วนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Glidden LM, Abbeduto L, McIntyre LL, Tasse MJ. APA handbook of intellectual and developmental disabilities: Foundations. American Psychological Association; 2021.
2. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Definition of intellectual disability [Internet]. Washington, DC: AAIDD; 2021 [cited 18 Mar 2025]. Available from: https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition
3. Zablotsky B, Ng AE, Black LI, Blumberg SJ. Diagnosed developmental disabilities in children aged 3–17 years: United States, 2019–2021. NCHS Data Brief, no 473. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2023.
4. Ministry of Social Development and Human Security, Department for Empowerment of Persons with Disabilities. Report on the situation of persons with disabilities in Thailand [Internet]. 2020 [cited 18 Jan 2025]. Available from: https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation. (in Thai)
5. National Statistical Office. The 2022 Disability Survey [internet]. 2023 [cited 18 Jan 2025]. Available from: https://www.unicef.org/thailand/media/11376/file/Disability%20Survey%20Report%20202
6. Schaafsma D, Kok G, Stoffelen JMT, Curfs LMG. People with intellectual disabilities talk about sexuality: implications for the development of sex education. Sexuality and disability. 2017;35(1):21-38.
7. Rajanukul Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Sexuality and special needs children: parent edition. Bangkok: Beyond Publishing; 2017. (in Thai)
8. Wissink IB, van Vugt E, Moonen X, Stams GJ, Hendriks J. Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): a narrative review. Research in developmental disabilities. 2015; 36:20-35.
9. Corbett A, Cottis T, Lloyd E. The survival and development of a traumatized clinic for psychotherapy for people with intellectual disabilities. In: Hopper E. Trauma and organizations. Routledge: Taylor & Francis Group, 2018;111-26.
10. Brkic-Jovanovic N, Runjo V, Tamas D, Slavkovic S, Milankov V. Persons with Intellectual Disability: Sexual Behavior, Knowledge and Assertiveness. Zdravstveno varstvo. 2021; 60(2):82-9.
11. Chamidah AN, Hartini S, Herini ES. Sexual behavior problems in adolescents with intellectual disabilities: a systematic review. Journal of Medical Sciences. 2021 May 14; 9F:163-70.
12. Limprasert S, Rujipark V, Thipphayamongkoludom Y. Sexual abuse among children and youth. Journal of Social Science and Buddhist Anthropology. 2020;5(9):230-46. (in Thai)
13. Schalock RL, Luckasson R, Tasse MJ. Intellectual disability: definition, diagnosis, classification, and planning supports (12nd ed.). American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 2021.

14. World Health Organization. Atlas: Global resources for persons with intellectual disabilities. Geneva: WHO. 2007.
15. Mestre TD, Lopes MJ, Pedro Costa A, Caldeira EV. Family self-care pattern in families with children with intellectual disabilities: A pilot study. Healthcare. 2025; 13:791.
16. Tamas D, Brkic Jovanovic N, Rajic M, Glumbic N, Nikolic G, Randic U, et al. Professionals, parents and the general public: attitudes towards the sexuality of persons with intellectual disability. Sexuality and Disability. 2019; 37:245-58.
17. Pelleboer-Gunnink HA, van Oorsouw WMWJ, van Weeghel J, Embregts PJCM. Stigma research in the field of intellectual disabilities: a scoping review on the perspective of care providers. International journal of developmental disabilities. 2019;67(3):168-87.
18. Chaiwat I, Benjayamas P, Songkran N, Somsamorn R, Chinnakorn D, Pathomporn P. Caring for the health and empowerment of people with intellectual disabilities: lessons learned from the development of a learning center for rehabilitation of the disabled. Nakhon Phanom University Journal 25th Anniversary Academic Conference Edition. 2018:223-31. (in Thai)
19. Nattida P, Sangtong T, Somnuk S. Factors associated with caregiving behaviors of family caregivers of children with cerebral palsy in Bangkok. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice. 2019;6(1):5-18. (in Thai)
20. Tamala B, Daranee S, Paitoon P. Learning experience management with parental involvement model to enhance the self-help skills of children with cerebral palsy. Srinakharinwirot Academic Journal of Education. 2016; 17:1-15. (in Thai)
21. Wimonnan P. Nursing care for children and adolescents with intellectual disabilities. In: Psychiatric nursing. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2015. (in Thai)
22. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company; 1997.
23. Bloom S. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
24. Best JW. Research In Education 3rd ed. Englewood Cliff; 1995.
25. Oliveira C, Ozorio S, Gomes V, Araujo S, Lopes J. Sex education for individuals with intellectual development disorder (IDD): a scoping review. Education Sciences. 2025; 15(6):685.
26. Jiratheerarat P, Phetrasuwan S, Putdivarnichapong W. Factors predicting parental self-efficacy in parenting children with autism spectrum disorder. Nursing Science Journal of Thailand. 2025;43(4):362-76. (in Thai)
27. Svae GB, Hassel B, Sondenaa E. People with intellectual disabilities and harmful sexual behaviour: Professionals' views on the barriers to prevent harm. Journal of applied research in intellectual disabilities. 2023;36(1):176-85.
28. Stobbe KJ, Scheffers M, van Busschbach JT, Didden R. Prevention and intervention programs targeting sexual abuse in individuals with mild intellectual disability: a systematic review. Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities. 2021;14(2):135-58.
29. Goli F, Khazaei T, Dehghani K, Sanei P, Alipour M. Comparing the effect of two educational interventions on mothers' awareness, attitude, and self-efficacy regarding sexual health care of educable intellectually disabled adolescent girls: A cluster randomized control trial. BMC Psychiatry. 2021;21(1):120.
30. Bandura, A. On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy Revisited. Journal of Management. 2011; 38(1):9-44.

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารในจังหวัดชลบุรี

Predicting Factors of Safety Riding Behaviors Among Food Delivery Motorcycle Riders in Chon Buri Province

ศุวิมล แย้มไสย[1], นิสากร กรุงไกรเพชร[2], พัชรินทร์ พูลทวี[2]
Suwimon Yaemsai[1], Nisakorn Krungkraipetch[2], Patcharin Phonthavee[2]
[1]นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี
[1]Master Student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi
[2]Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi
Corresponding author: Nisakorn Krungkraipetch; Email: nisakorn@buu.ac.th
Received: May 10, 2025 **Revised:** January 5, 2026 **Accepted:** January 29, 2026

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในกลุ่มพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหาร สะท้อนถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารในจังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 340 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสภาพงาน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 และส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ของบุคคลต่อการขับขี่รถจักรยานยนต์ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย การรับรู้อุปสรรคของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91, .93, .95, .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า พนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่โดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean=3.81, SD=.59) การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยในช่วงเวลาการทำงาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ และชั่วโมงการทำงาน เป็นปัจจัยร่วมกันทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ร้อยละ 51.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2=.51, F=90.15, p<.001) ผลการศึกษาชี้แนะว่า การพัฒนาโปรแกรมควรมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังควรมีการปรับปรุงชั่วโมงการทำงาน ช่วงเวลาในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการขับขี่ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารให้มีความปลอดภัยยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย; พนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหาร; พฤติกรรมความปลอดภัย

Predicting Factors of Safety Riding Behaviors Among Food Delivery Motorcycle Riders in Chon Buri Province

Suwimon Yaemsai[1], Nisakorn Krungkraipetch[2], Patcharin Phonthavee[3]

[1]Master Student of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi

[2]Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi

Corresponding author: Nisakorn Krungkraipetch; Email: nisakorn@buu.ac.th

Received: May 10, 2025 **Revised:** January 5, 2026 **Accepted:** January 29, 2026

Abstract

The occurrence of accidents among motorcycle food delivery workers highlights the critical importance of promoting safe driving behavior. This study aimed to identify factors predicting safe riding behaviors in motorcycle delivery riders. A total of 340 participants in Chonburi province were selected using cluster random sampling. Data were collected using a four-part questionnaire: (1) personal information; (2) working conditions; (3) safety behaviors in motorcycle riding (Cronbach's alpha .81); and (4) perceptions of motorcycle riding, including perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers with Cronbach's alpha coefficients of .91, .93, .95, and .90, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis. The results revealed that motorcycle delivery riders exhibited a high level of overall safe driving behavior (mean= 3.81, SD=.59). Perceived benefits, work shifts, perceived severity, and working hours collectively predicted safe riding behaviors, accounting for 51.8% of the variance with statistical significance (R^2=.51, F=90.15, p<.001). These findings suggest that intervention programs should prioritize enhancing the perception of benefits and accident severity, alongside optimizing working hours and operational shifts to further enhance the safety of food delivery motorcyclists.

Keywords: motorcycle riders; predicting factors; safety riding behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์คิดเป็นร้อยละ 43 ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด[1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ปี พ.ศ. 2565 ระบุว่า พนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารประสบอุบัติเหตุจำนวน 81 ครั้ง บาดเจ็บร้อยละ 44.4 และเสียชีวิตถึงร้อยละ 34.6[2] สะท้อนถึงความรุนแรงของอุบัติเหตุในกลุ่มอาชีพดังกล่าว การทำงานของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารเป็นงานอิสระ การปฏิบัติงานมุ่งเน้นความรวดเร็วและความพึงพอใจของลูกค้า[2] งานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ลักษณะงานดังกล่าวก่อให้เกิดปัจจัยหลายประการที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ ผู้ที่ทำงานรับส่งอาหารน้อยกว่า 3 ปี เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของผู้ขับขี่[3] ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานทำให้ผู้ขับขี่ใช้มาตรการด้านความปลอดภัยลดลง[4] และผู้ที่ขับรถจักรยานยนต์ตลอด 24 ชั่วโมงมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุมากกว่าผู้ไม่ขับตลอดวัน 4.05 เท่า (AOR=4.05, 95% CI:1.61 9.02)[5] อย่างไรก็ตาม การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานขับรถรับจ้างพบว่าระยะเวลาทำงานมีความสัมพันธ์ต่ำกับการเกิดอุบัติเหตุ (r=.21)[6] นอกจากนี้ พนักงานส่งอาหารที่มีคำสั่งซื้อมากมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีคำสั่งซื้อน้อย 2.41 เท่า (OR=2.41, 95% CI:1.57–3.71)[7] ช่วงเวลาในการทำงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัย โดยเฉพาะการขับขี่ในเวลากลางคืนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็นสองเท่า[8] นอกจากนี้ การเป็นเจ้าของรถจักรยานยนต์มีความสัมพันธ์กับอุบัติเหตุของพนักงานส่งอาหารในเอธิโอเปียตอนใต้ ($p<0.05$)[5] และการใช้รถจักรยานยนต์ส่วนตัวทำงานเพิ่มโอกาสฝ่าไฟแดง 2.89 เท่า (OR=2.89, 95% CI:1.75–4.75)[7] สรุปได้ว่าประสบการณ์การทำงานน้อย ชั่วโมงการทำงานยาวนาน แรงกดดันจากคำสั่งซื้อ ช่วงเวลาในการขับขี่ การเป็นเจ้าของรถจักรยานยนต์ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุและละเลยพฤติกรรมความปลอดภัย

ภายใต้สภาพงานที่มีความเสี่ยงดังกล่าว การทำความเข้าใจพฤติกรรมความปลอดภัยจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยภายในของบุคคลร่วมด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำแนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพมาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะปัจจัยภายในด้านการรับรู้ของบุคคล ที่จะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ[9] ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่ได้ร้อยละ 31.6 (β=.36, $p<.01$)[10] การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุสามารถพยากรณ์การใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่ (β=.09, $p<0.01$)[11] และการศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุได้ร้อยละ 32.8 (R^2=.32, F=8.52, $p<.01$)[12] และการรับรู้อุปสรรคสามารถพยากรณ์การใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์[13] ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ในระดับบุคคล

จากประเด็นดังกล่าว จะเห็นได้ว่าปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของผู้ขับขี่ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จึงเป็นประเด็นสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ โดยพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ประกอบด้วย พฤติกรรมไม่ขับรถเร็ว เมาไม่ขับ การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่ การเตรียมความพร้อมของ

รถจักรยานยนต์และผู้ขับขี่ และการใช้โทรศัพท์มือถือให้ปลอดภัยขณะขับขี่[14] การขับรถเร็วเพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุร้อยละ 48 ขณะที่การขับขี่ขณะมึนเมาทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตร้อยละ 15 การสวมหมวกนิรภัยช่วยลดการบาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตกว่าร้อยละ 60[15] จากสถิติอุบัติเหตุ 5,069 ครั้ง พบว่าสาเหตุสำคัญมาจากปัญหาอุปกรณ์รถ เช่น ระบบเบรกและไฟ[16] รวมถึงพฤติกรรมผู้ขับขี่ เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอหรือใช้ยาที่ทำให้ง่วง เพิ่มความเสี่ยงต่อการหลับในถึงร้อยละ 22.6[17] และกว่าร้อยละ 86.5 ของพนักงานส่งอาหารที่ประสบอุบัติเหตุ มีโทรศัพท์เปิดค้างขณะขับขี่[8]

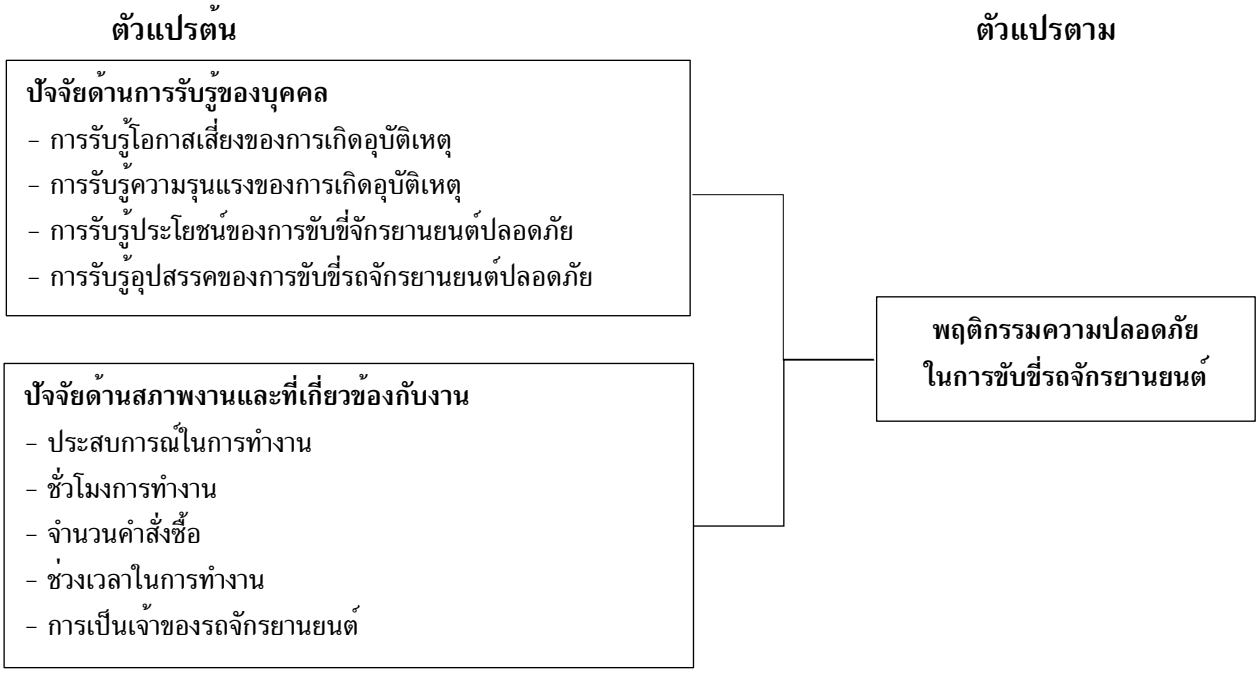
การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เน้นกลุ่มพนักงานขับรถรับจ้าง นักเรียน นักศึกษา และประชาชนทั่วไป ในขณะที่การศึกษาพนักงานส่งอาหารยังมีจำกัด อีกทั้งยังขาดการศึกษาที่ประยุกต์แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับปัจจัยด้านสภาพงานซึ่งมีลักษณะเฉพาะและมีความเสี่ยงสูง จังหวัดชลบุรีเป็นพื้นที่ที่มีแนวโน้มอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นในช่วงหลายปีที่ผ่านมา[25] ประกอบกับการเป็นแหล่งอุตสาหกรรม การค้า และการท่องเที่ยว ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารในจังหวัดชลบุรี โดยครอบคลุมพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ 5 ด้าน ได้แก่ การไม่ขับรถเร็ว การไม่ขับขี่ขณะมึนเมา การสวมหมวกนิรภัย การเตรียมความพร้อมของรถจักรยานยนต์และผู้ขับขี่ และการใช้โทรศัพท์มือถืออย่างปลอดภัย โดยประยุกต์แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยด้านสภาพงานเป็นกรอบแนวคิดในการทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารในจังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ[9] ซึ่งอธิบายว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมป้องกันสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีขึ้น มากกว่าความยากลำบากที่จะปฏิบัติ บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อภัยคุกคามจนเกิดความกลัว จึงเลือกปฏิบัติป้องกันสุขภาพ นอกจากนี้การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค จะทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น ๆ รวมทั้งยังมีปัจจัยสภาพงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประสบการณ์ในการขับขี่ ชั่วโมงการทำงานต่อวัน จำนวนคำสั่งซื้อต่อวัน ช่วงเวลาในการทำงาน และการเป็นเจ้าของรถจักรยานยนต์ เพื่อร่วมทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหาร



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study)

ประชากร คือ พนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารในจังหวัดชลบุรี จำนวน 2,000 ราย[18] กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารทั้งชายและหญิง อายุ 18-59 ปี ในจังหวัดชลบุรีที่ใช้รถจักรยานยนต์ในการรับและส่งอาหารให้กับลูกค้า ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ คำนวณตามหลักเกณฑ์ของ Parel 1973 และปรับใช้สูตรจาก Adam[19] ได้อย่างน้อย 333 ตัวอย่าง และได้เพิ่มอีกร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่าง 350 รายใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น ภายหลังการเก็บข้อมูลได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 340 ราย เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) สามารถอ่านไทย และเขียนไทยได้ มีประสบการณ์การขับขี่รถจักรยานยนต์ในการรับและส่งอาหารอย่างน้อย 4 เดือน เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ต้องออกไปส่งอาหารหรือสินค้าให้ลูกค้าในระหว่างเก็บข้อมูล

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยกำหนดศูนย์การค้าเป็นหน่วยสุ่ม จากศูนย์การค้าทั้งหมด 5 แห่งในพื้นที่เศรษฐกิจหลักของจังหวัดชลบุรี สุ่มเลือก 3 แห่ง ได้แก่ ศูนย์การค้าเซ็นทรัลชลบุรี ศูนย์การค้าเซ็นทรัลศรีราชา และศูนย์การค้าเซ็นทรัลพัทยาบีช การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม ถึง 31 ตุลาคม 2567 ครอบคลุมช่วงเวลามื้อกลางวัน มื้อเย็น และมื้อดึก โดยศูนย์การค้าเซ็นทรัลชลบุรีเก็บข้อมูลในวันจันทร์ ศูนย์การค้าเซ็นทรัลศรีราชาในวันพฤหัสบดี และศูนย์การค้าเซ็นทรัลพัทยาบีชในวันอาทิตย์ ในช่วงเวลา 11.00-17.00 น. และ 20.00-01.00 น. เก็บกลุ่มตัวอย่างจากพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารที่มาปฏิบัติงานในพื้นที่ตามช่วงเวลาดังกล่าว หากผู้เข้าร่วมปฏิเสธหรือไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก จะเก็บข้อมูลจากพนักงานรายถัดไปจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดได้แก่ ศูนย์ละ 117 ราย ยกเว้นศูนย์การค้าเซ็นทรัลพัทยาบีชจำนวน 116 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ[9] แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความ

ตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหาร จำนวน 30 ราย ก่อนวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว โรคที่เป็นข้อห้ามสำหรับการขับขี่ ประสบการณ์ในการขับขี่ ประสบการณ์เกิดอุบัติเหตุ ประวัติการดื่มสุรา ประวัติการสูบบุหรี่ วัดจากแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสภาพงาน แบบสอบถามครอบคลุม ชั่วโมงการทำงาน ช่วงเวลาปฏิบัติทำงาน จำนวนคำสั่งซื้อต่อวัน การเป็นเจ้าของรถจักรยานยนต์ วัดจากแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหาร เป็นการสอบถามการกระทำที่นำไปสู่การบาดเจ็บ และอันตรายจากการขับขี่จักรยานยนต์ในระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา โดยวัดจากแบบสอบถามที่มีลักษณะการวัดเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 ค่าเฉลี่ยผลรวมทุกข้อหากมีคะแนนมาก แสดงว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์มาก โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายตามค่ากึ่งกลางของพิสัย[24] ดังนี้ 4.51–5.00=มากที่สุด 3.51–4.50=มาก 2.51–3.50=ปานกลาง 1.51–2.50=น้อย และ 1.00–1.50=น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ของบุคคลต่อการขับขี่รถจักรยานยนต์

4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ สอบถามความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเกิดอุบัติเหตุ เช่น การล้ม ชน บาดเจ็บ ศีรษะฟาดพื้น หมดสติ พิการ หรือเสียชีวิต จำนวน 12 ข้อ ความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 (ข้อ 4.1–4.4 ใช้การวัดเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ เช่นเดียวกัน)

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ เป็นการสอบถามความคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ จำนวน 10 ข้อ ความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่จักรยานยนต์ปลอดภัย เป็นการสอบถามความคิด ความเชื่อต่อผลดีจากการมีพฤติกรรมปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ จำนวน 11 ข้อ ความเชื่อมั่นเท่ากับ .95

4.4 การรับรู้อุปสรรคของการขับขี่ปลอดภัย เป็นการสอบถามความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกถึงข้อจำกัด ความยากลำบากในการปฏิบัติพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ จำนวน 11 ข้อ ความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส G-HS098/2565 การนำเสนอข้อมูลไม่มีการเปิดเผยชื่อของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และหลังจากการตีพิมพ์ผลงานวิจัยครบ 1 ปี ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารในจังหวัดชลบุรี ระหว่างเดือนกรกฎาคม–ตุลาคม 2567 โดยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และลงนามในใบยินยอมก่อนทำแบบสอบถาม

ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในช่วงเวลาว่าง ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาที เมื่อเสร็จสิ้น ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามใส่ซองทึบ ตรวจสอบความสมบูรณ์ และหากไม่สมบูรณ์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบให้ครบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วนในเนื้อหาของแบบสอบถามที่ได้ทั้ง 350 ฉบับ พบว่ามีความสมบูรณ์ทั้ง 350 ฉบับ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 100 ตรวจสอบ outlier ด้วย box plot พบ outlier 10 ราย เหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ เท่ากับ 340 ราย การทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติถดถอย assumption testing for regression analysis

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายข้อมูลส่วนบุคคล สภาพงาน การรับรู้ส่วนบุคคล และพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ส่งอาหาร

2. สถิติถดถอยพหุคูณ stepwise multiple regression analysis ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหาร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหาร จำนวน 340 ราย มีอายุเฉลี่ย 34.25 ปี (SD=9.34) ส่วนใหญ่อายุ 21–30 ปี (ร้อยละ 36.5) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 81.2) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 18.8) เกือบครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 45.9) ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ร้อยละ 50.9) โรคประจำตัวอันดับหนึ่งโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 6.5) มีประสบการณ์ในการทำงานเฉลี่ย 2.49 ปี (SD=1.50) เคยประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 35.0) ดื่มสุราเป็นประจำ (ร้อยละ 4.5) และสูบบุหรี่เป็นประจำ (ร้อยละ 21.1)

2. ข้อมูลสภาพงาน พนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารส่วนใหญ่ปฏิบัติงานช่วง 08.00–20.00 น. (ร้อยละ 83.5) มีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ย 11.03 ชั่วโมง (SD=3.05) รับและส่งอาหารเฉลี่ย 23.90 คำสั่งซื้อ (SD=9.74) และใช้รถจักรยานยนต์ของตนเอง (ร้อยละ 85.3) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสภาพงาน

ข้อมูลสภาพงาน (N = 340)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ช่วงเวลาปฏิบัติทำงานต่อวัน		
08.00 – 20.00 น.	284	83.5
20.01 – 07.59 น.	56	16.5
ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน		
(M = 11.03, SD = 3.05, Min = 2, Max = 20)		
≤ 8 ชั่วโมง	58	17.1
> 8 ชั่วโมง	282	82.9
จำนวนคำสั่งซื้อเฉลี่ยต่อวัน		
(M = 23.90, SD = 9.74, Min = 3, Max = 60)		
≤ 10 คำสั่งซื้อ	33	9.7
11 – 20 คำสั่งซื้อ	128	37.6

ข้อมูลสภาพงาน (N = 340)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
21 – 30 คำสั่งซื้อ	119	35.0
31 – 40 คำสั่งซื้อ	49	14.4
41 – 50 คำสั่งซื้อ	9	2.6
> 50 คำสั่งซื้อ	2	0.6
รถจักรยานยนต์ที่ใช้ในการรับและส่งอาหารให้กับลูกค้า		
รถจักรยานยนต์ของท่านเอง	290	85.3
รถจักรยานยนต์ของผู้อื่นหรือรถเช่า	50	14.7

3. ข้อมูลพฤติกรรมความปลอดภัย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมความปลอดภัยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.81, SD=.59) แต่พฤติกรรมบางด้านยังอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การขับรถแทรกเลนไปมา (Mean=2.81, SD=1.01) การจัดวางกล่องบรรจุภัณฑ์ไม่เกิน 30 เซนติเมตร (Mean=3.06, SD=1.54) และใช้หูฟังในการโทรติดต่อลูกค้าขณะขับขี่ (Mean=2.95, SD=1.56)

4. ข้อมูลการรับรู้ส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ส่วนบุคคลในระดับมาก ทั้งในประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย ขณะที่การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับน้อย ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้ส่วนบุคคล

การรับรู้ส่วนบุคคล (N = 340)	M	SD	ระดับ
1. ประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุ	4.00	.45	มาก
2. ประเด็นการรับรู้ความรุนแรงการเกิดอุบัติเหตุ	4.14	.36	มาก
3. ประเด็นการรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย	4.11	.57	มาก
4. ประเด็นการรับรู้อุปสรรคของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย	2.19	.59	น้อย

5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย ช่วงเวลาในการทำงาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ ชั่วโมงการทำงาน เป็นปัจจัยร่วมกันทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย	.56	.04	.53	13.11	.001
ช่วงเวลาในการทำงาน	-.46	.06	-.29	-7.02	.001
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ	.23	.06	.14	3.48	.001
ชั่วโมงการทำงาน	-.02	.00	-.12	-3.12	.002
ค่าคงที่	1.36	.35	-	3.81	.001

R^2=.51, SEE=.41, F=90.15, p<.001, n=340

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารอยู่ในระดับมาก (Mean=3.81, SD=.59) ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาพนักงานขับจักรยานยนต์ส่งอาหารในกรุงเทพมหานครพบว่ามีพฤติกรรมการขับขี่ที่ปลอดภัยระดับสูง (Mean=4.15, SD=.33)[20] และผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์รับจ้างในพื้นที่กรุงเทพมหานคร[10] ที่พบว่ามีพฤติกรรมป้องกันอุบัติภัยโดยรวมระดับดีมาก (Mean=4.31, SD=.45) แต่สูงกว่าผู้ประกอบอาชีพส่งอาหารในจังหวัดอุบลราชธานีที่อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=2.77, SD=.15)[21] สะท้อนให้เห็นถึงการตระหนักและการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยที่ดี แต่เนื่องจากลักษณะงานที่ต้องส่งอาหารให้ถึงมือลูกค้าอย่างรวดเร็ว ผู้ขับขี่ยังคงแสดงพฤติกรรมเสี่ยงบางประการในระดับปานกลาง เช่น การขับรถแทรกเลนไปมา ปาดซ้าย ขวา (Mean=2.81, SD=1.01) และการใช้หูฟังโทรติดต่อลูกค้าขณะขับขี่ (Mean=2.95, SD=1.56) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้ว่าผู้ขับขี่จะมีความเข้าใจและตระหนักถึงความปลอดภัย แต่ข้อจำกัดและความกดดันจากลักษณะงานบางอย่างยังส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหาร คือ การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย ช่วงเวลาในการทำงาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ และชั่วโมงการทำงาน อธิบายได้ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย สามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=.53, t=13.11, p<.001) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าเมื่อผู้ขับขี่รับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยมีผลดีต่อร่างกาย ลดความเสี่ยงการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย และส่งผลดีต่อจิตใจ จะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งระบุว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ผลักดันให้บุคคลปฏิบัติตามพฤติกรรมความปลอดภัย หากบุคคลเห็นว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลดีต่อตน ก็จะเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้น[9] นอกจากนี้ การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในภาคตะวันออก พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัยสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ได้ร้อยละ 32.8 (R^2=.32, F=8.52, p<.01)[12] ซึ่งสนับสนุนว่าเมื่อรับรู้ประโยชน์มาก ผู้ขับขี่จะปฏิบัติพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัยเพิ่มขึ้น

2.2 ช่วงเวลาในการทำงาน สามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=-.29, t=-7.02, p<.001) โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมความปลอดภัย กล่าวคือ การทำงานในช่วงเวลากลางคืน (20.01-07.59 น.) ส่งผลให้พฤติกรรมความปลอดภัยลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลากลางวัน (08.00-20.00 น.) ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การขาดการควบคุมดูแลจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ การปิดใช้งานสัญญาณไฟจราจรในบางพื้นที่ และความเสี่ยงต่อการฝ่าฝืนกฎจราจรหรือใช้ความเร็วสูง[8] ซึ่งล้วนทำให้พนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารละเลยความระมัดระวังและมีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุสูงขึ้น

2.3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ สามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=.14, t=3.48, p<.001) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าเมื่อผู้ขับขี่รับรู้ถึงความรุนแรงของอุบัติเหตุ จะมีแนวโน้มยอมรับและ

ปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ช่วยป้องกันและลดความเสี่ยง เช่น การขับขี่ด้วยความเร็วที่เหมาะสม รักษาระยะห่าง และปฏิบัติตามกฎจราจร สอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ระบุว่าการรับรู้ความรุนแรงของภัยเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันความเสี่ยง โดยยิ่งมีการรับรู้ถึงความรุนแรงมากเท่าใด ก็จะยิ่งมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างปลอดภัยมากขึ้น[9] นอกจากนี้ งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยยังพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการใช้หมวกนิรภัยขณะขับขี่จักรยานยนต์ได้[22] สรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุช่วยเพิ่มพฤติกรรมขับขี่ปลอดภัย

2.4 ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยที่ใช้ในการรับและส่งอาหารให้ลูกค้า สามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่จักรยานยนต์ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=-.12, t=-3.12, p<.002) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการทำงานเป็นเวลานานติดต่อกันทำให้ผู้ขับขี่ใช้มาตรการด้านความปลอดภัยน้อยลง เนื่องจากความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลต่อสมาธิและความสามารถในการตัดสินใจ ทำให้มีโอกาสละเลยพฤติกรรมความปลอดภัย เช่น ขับรถเร็ว หรือใช้โทรศัพท์ขณะขับขี่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมการขับขี่จักรยานยนต์ของพนักงานส่งอาหารในกรุงเทพมหานครพบว่า ชั่วโมงการทำงานมีผลต่อพฤติกรรมขับรถเร็วเกินกำหนด[23] และการศึกษาพนักงานส่งสินค้าในเวียดนามช่วงโควิด-19 พบว่าชั่วโมงการทำงานที่มากขึ้นเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงด้านการจราจร เช่น ขับรถเร็ว[4] สรุปได้ว่า ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานส่งผลให้พฤติกรรมความปลอดภัยลดลง และเพิ่มความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย ช่วงเวลาในการทำงาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ และชั่วโมงการทำงาน สามารถทำนายพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหาร พยาบาลชุมชนและองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ควรดำเนินการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ และให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการทำงานที่มีชั่วโมงยาวนานแนะนำแนวทางการพักผ่อนที่เหมาะสม ลดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่รถจักรยานยนต์ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการขับขี่รถจักรยานยนต์ปลอดภัย การรับรู้ความรุนแรงของอุบัติเหตุ ช่วงเวลาในการทำงาน และชั่วโมงการทำงาน โดยใช้ปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมและออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมกับพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหาร เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการขับขี่ของพนักงานขับรถจักรยานยนต์ส่งอาหารต่อไป

References

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2025 May 5]. Available from: https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565684
2. H Focus. Deep dive into the health system: collaboration project to promote safe driving among motorcycle taxi drivers and riders [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 5]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2023/10/28565?utm_source=chatgpt.com
3. Tumwesigye NM, Atuyambe LM, Kobusingye OK. Factors associated with injuries among commercial motorcyclists: evidence from a matched case control study in Kampala City, Uganda. PLoS One. 2016;11(2):e0148511.
4. Tran NAT, Nguyen HLA, Nguyen TBH, Nguyen QH, Huynh TNL, Dorina P. et al. Health and safety risks faced by delivery riders during the Covid-19 pandemic. J Transp Health. 2022;25:101343
5. Raga A, Asres AW, Samuel S, Addisu T, Abreha S. Motorcycle accident and associated factors among commercial motorcycle drivers in Kindo Koyisha Woreda, Southern Ethiopia. The Open Transportation Journal. 2023;27:e187444782301121.
6. Pramesti NA, Widajati N. The correlation of subjective fatigue, negligence, knowledge of safety riding and length of work on traffic accidents of online motorcycle taxis in Sidoarjo. Indian J Forensic Med Toxicol. 2021;15(3):3689-97.
7. Papakostopoulos V, Nathanael D. The complex interrelationship of work-related factors underlying risky driving behavior of food delivery riders in Athens, Greece. Safety and Health at Work. 2021;12(2):147-53.
8. Thailand Road Safety Report. Key facts on road safety situation in Thailand, 2018-2021 [Internet]. Bangkok: Thailand Road Safety Observatory; 2022 [cited 2025 May 5]. Available from: https://trso.thairoads.org/resources/9702
9. Alyafei A, Easton-Carr R. The health belief model of behavior change. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2024 Jun 7]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/
10. Potaya S, Intaram W, Prakobkit K. Factors predicting preventive behaviors in road traffic Injury among motorcycle riders in the northern Bangkok area. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2022;32(3):25-35. (in Thai)
11. Cheawae S, Prateepko T, Churngchow C. Selected factors affecting helmet use behaviors for accidental prevention following health belief model of students at Yala Institute of Physical Education. Academic Journal of Thailand National Sports University. 2021;13(3):211-22. (in Thai)
12. Kumwong K, Krungkraipetch N, Junprasert J. Factors predicting safety behaviors in motorcycle riding among male senior high school students in the eastern region. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2019;27(4):42-52. (in Thai)
13. Phacharakununya P, Phacharakununya S, Vorapongsathorn T, Rodjakpai Y, Chooratna K. Factors influencing safety-helmet wearing behaviors to prevent accidents from motorcycle riding of students in the Institute OF Physical Education, Chon Buri Campus. Academic Journal Thailand National Sports University. 2020;12(2):226-38. (in Thai)

14. Ministry of Public Health. Road Safety Directing Center, Department of Disaster Prevention and Mitigation, Ministry of Interior. 3M 2K 1R measures [Internet]. 2015 [cited 2025 May 5]. Available from: https://ddc.moph.go.th/dncd/
15. Accident Reduction Network Office. How youth and working-age deaths impact Thailand's structure [Internet]. Nonthaburi. [cited 2023 Mar 20]. Available from: https://tinyurl.com/2vyrt8me. (in Thai)
16. Office of Transport and Traffic Policy and Planning. Road Accident Situation Analysis Report, Ministry of Transport, 2020 [Internet]. Bangkok. [cited 2023 OCT 05]. Available from: https://tinyurl.com/mr2vvs2b. (in Thai)
17. Department of Disease Control. Injury prevention, Department of Disease Control, Ministry of Public Health [Internet]. Nonthaburi. [cited 2024 JAN 25]. Available from: https://tinyurl.com/22a2nkxu. (in Thai)
18. Thai Rider Association. Thai Rider Association official page [Internet]. Facebook; 2022 [cited 2025 May 5]. Available from: https://www.facebook.com/boyhardcore9889. Access requires Facebook login.
19. Adam AM. Sample Size Determination in Survey Research. Journal of Scientific Research and Reports. 2020;26(5):90-97. doi:10.9734/JSRR/2020/v26i530263.
20. Setthanun S, Chujarukul K. Riding behavior and risk perception among motorcycle food delivery riders in Bangkok [engineering project]. Bangkok: Faculty of Engineering, Chulalongkorn University; 2021.
21. Kokaphan C, Boonkhao L, Plodram D, Phetchakan N. Preventive behaviors to motorcycle accidents among food delivery drivers in Mueang Sikai Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. Journal of Safety and Health. 2022;15(2):60-72. (in Thai)
22. Chonsalasin D, Siridhara S, Ratanavaraha V, Jomnonkwao S, Watthanaklang D. A study of factors affecting intention of helmet use: an application of the theory of health belief model. Technical Education Journal King Mongkut's University of Technology North Bangkok. 2017;8(1):26-35. (in Thai)
23. Pongaree P. Motorcycle riding behaviors and accident risks among food delivery workers in Bangkok [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2022.
24. Boonchom S. Introduction to research methods. 10th ed. Bangkok: Suwiriyasarn; 2017.
25. Thai Roads Foundation. Provincial Road Traffic Accidents Statistics: Chonburi [Internet]. Bangkok: Thai Roads Foundation; [cited 2025 Aug 27]. Available from: https://www.trso.thairoads.org/statistic/provincial/12/P-SPI-A/P-SPI-A1/P-SPI-A1-04?utm_source=chatgpt.com

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

The Effects of a Health Literacy Program for Recurrent-Stroke Prevention on Preventive Behaviors and Blood Pressure of Stroke Patients

กัญณภัทร แก่นแท่น[1], ยุพาวรรณ ทองตะนุนาม[2], กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ[3], ขวัญเมือง แก้วดำเกิง[4], พยงค์ เทพอักษร[3]
Kannaphat Kaentaen[1], Yupawan Thongtanunam[2], Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen[3], Kwanmuang Kaeodumkoeng[4] Phayong Thepaksorn[3]
[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
[3]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[4]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
[1]Student of Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Trang,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute
[2] Faculty of Nursing, Burapha University
[3]Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,
Praboromarajchanok Institute
[4]Faculty of Public Health, Mahidol University
Corresponding author: Phayong Thepaksorn; Email: phayongthep@gmail.com
Received: October 17, 2025 **Revised:** January 9, 2026 **Accepted:** January 29, 2026

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีอายุ 35 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายร่วมกับการจับคู่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสองซ้ำ และเครื่องมือเก็บรวมรวมข้อมูลซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค แบบสอบถามมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) เท่ากับ .86-1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .93 และ.89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความดันโลหิตลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปว่า โปรแกรมนี้มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพและสามารถใช้เป็นแนวทางป้องกันโรคได้

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันโรค; โรคหลอดเลือดสมอง

The Effects of a Health Literacy Program for Recurrent-Stroke Prevention on Preventive Behaviors and Blood Pressure of Stroke Patients

Kannaphat Kaentaen[1], Yupawan Thongtanunam[2], Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen[3], Kwanmuang Kaeodumkoeng[4] Phayong Thepaksorn[3]

[1]Student of Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[2] Faculty of Nursing, Burapha University

[3]Sirindhorn College of Public Health, Trang, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[4]Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding author: Phayong Thepaksorn; Email: phayongthep@gmail.com

Received: October 17, 2025 **Revised:** January 9, 2026 **Accepted:** January 29, 2026

Abstract

Health literacy is a fundamental basis that enables patients to access, understand, question, make informed decisions, and take appropriate actions. This quasi-experimental research aimed to evaluate the effects of a health literacy program for recurrent stroke prevention on preventive behaviors and blood pressure among stroke patients. The sample consisted of 60 individuals (both male and female), aged 35 years and older, who were diagnosed with a first-time stroke. They were divided into an experimental group and a control group, with 30 participants in each group, selected through simple random sampling combined with pair matching. The experimental group participated in the program for 12 weeks, while the control group received standard care. Research instruments included a health literacy program for recurrent-stroke prevention with a health literacy manual, a health literacy questionnaire, and a preventive behavior assessment form. All assessment tools were validated for content validity (I-CVI = .86-1.00), and reliability was confirmed with Cronbach's alpha coefficients of .93 for the health literacy questionnaire and .89 for the preventive behavior assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results showed that the experimental group had significantly higher post-intervention scores in health literacy and preventive behaviors compared to their pre-intervention scores and those of the control group. Additionally, their blood pressure was significantly lower than that of the control group. In conclusion, the program was effective in promoting health and can be applied as recurrent stroke prevention guidelines.

Keywords: health literacy; health promotion program; preventive behavior; stroke

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองคือ ภาวะที่เซลล์สมองถูกทำลาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบอุดตันหรือแตกทำให้ขัดขวางการลำเลียงเลือดซึ่งนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำหน้าที่[1] แบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะการเกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันและโรคหลอดเลือดสมองแตก[2] เป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยและมีอัตราความพิการสูง พบว่าในปี 2566 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 15 ล้านคนต่อปี หนึ่งในสามของผู้ป่วยดังกล่าวจะเสียชีวิต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของสาเหตุการตายทั้งหมด นอกจากนั้นผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง และพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] ทั่วโลกพบว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และร้อยละ 90 ของโรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้[3]

การกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองคือความผิดปกติของสมองที่มีอาการเตือนที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ซึ่งเหมือนหรือคล้ายกับอาการของโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก [1] ปัจจุบันได้มีการรณรงค์ให้ประชาชนในต่างประเทศรวมถึงประเทศไทยตระหนักและทราบถึงอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ตัวอักษรย่อที่จำได้ง่าย ได้แก่คำว่า “B.E.F.A.S.T” การกลับเป็นซ้ำเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พยาธิสภาพของโรคอาจเกิดขึ้นในตำแหน่งเดิมหรือตำแหน่งใหม่ของหลอดเลือด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับข้อมูลการเกิดซ้ำโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี พบว่ามีการศึกษา 2 ชิ้น รายงานอัตราการเกิดซ้ำใน 1 ปี และร้อยละ 5.60 – 8.70 ในการติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี พบอัตราการเกิดซ้ำร้อยละ 11.40[4] สำหรับพื้นที่ตำบลนาสารผู้ป่วยเกิดซ้ำ มีอัตราการเกิดซ้ำที่ร้อยละ 8.45[5] บางรายเกิดซ้ำ 1 ครั้ง และมีการเกิดซ้ำสูงสุดถึง 4 ครั้งในคนเดียวและในบุคคลดังกล่าวกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในปัจจุบัน การเกิดซ้ำในพื้นที่ตำบลนาสารส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นทั้งผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียง เพิ่มภาระให้ผู้ดูแลและเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ครอบครัว

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ประวัติการเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง โรคเบาหวาน ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหัวใจตีบ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคกล้ามเนื้อหัวใจ[4] ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมในการเกิดโรค ประกอบไปด้วยพฤติกรรมการรับประทานที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย มีความเครียด สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอร์ ส่งผลต่อค่าความดันโลหิต และพบว่าความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด[6] พบว่าหากค่าความดันซิสโตลิกมีค่าเพิ่มขึ้นก็จะมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ[7] พฤติกรรมการออกกำลังกาย[8] พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา[9] รวมไปถึงความรอบรู้ทางสุขภาพเรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้การเข้ารับการรักษาด้วยระบบบริการทางด่วน (fast track) ล่าช้า[10] ความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งจะช่วยลดความดันโลหิตและลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[6]

แนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ตามแนวคิดของ Kaewdumkoeng[11] ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ซึ่ง สอดคล้องกับบริบทอำเภอบ้านนาสารที่มีกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านความรู้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความเข้าใจ การไต่ถาม และการนำไปใช้ ตลอดจนยังมี

พฤติกรรมเสี่ยงในการดูแลสุขภาพในด้าน 3อ.2ส. ดังนั้น การเพิ่มองค์ประกอบ เหล่านี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะช่วยเสริมทักษะความรอบรู้ในการป้องกันโรคมากขึ้น และยังมีแนวทางในการตั้งคำถามและค้นหาคำตอบจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จะช่วยสร้างเสริมความเข้าใจ ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม งานวิจัยหลายฉบับพบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถเพิ่มคะแนนความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และควบคุมค่าความดันโลหิต[12-14] ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ทักษะ (เข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้) ของ Kaewdumkoeng[11] ในการออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก และมีกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมต่อการฝึกปฏิบัติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การเลิกบุหรี่ และการลดแอลกอฮอล์ โดยคาดหวังว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะส่งผลต่อการควบคุมค่าความดันโลหิตให้ดีขึ้น ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ลดการเกิดภาวะทุพพลภาพและลดอัตราการเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

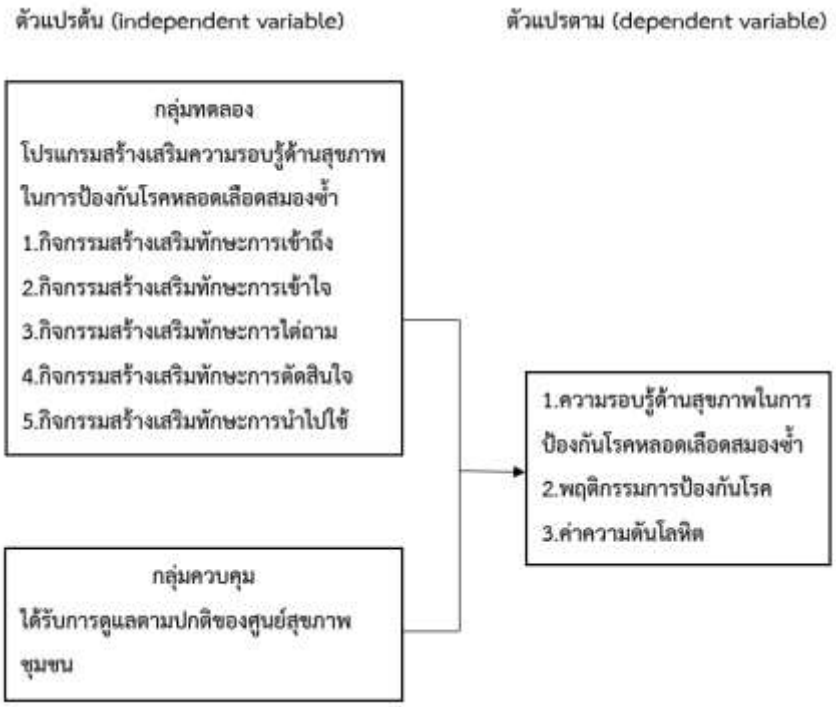
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรค ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
3. ค่าความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Kaewdumkoeng[11] ซึ่งประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การไต่ถาม การตัดสินใจ และการนำไปใช้ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาออกแบบโปรแกรม โดยคาดว่าจะช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรค และนำไปสู่การควบคุมค่าความดันโลหิต ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยกลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติของศูนย์สุขภาพชุมชน และการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ พฤติกรรมการป้องกันโรคและวัดค่าความดันโลหิต ก่อนและหลังการสิ้นสุดการทดลอง ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จากนั้นทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .50 อ้างอิงขนาดอิทธิพลโดยการศึกษางานวิจัยของ Boonchavee and Nunthaitaweekul[12] ซึ่งศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ มีตัวแปรที่คล้ายคลึง ได้กลุ่มละ คน 27 และเผื่อการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 10 จึงเพิ่มเป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน เกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่จำหน่ายออกจาก รพ. ไม่น้อยกว่า 1 เดือน 2) เป็นคนไทย ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสาร 3) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ และ 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม จากนั้นแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 30 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายร่วมกับการจับคู่โดยพิจารณาจากอายุ และระยะเวลาการป่วย โดยกำหนดอายุและระยะเวลาการป่วยแตกต่างกันไม่เกิน 5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ดัดแปลงจากแบบประเมินของ Kaewdumkoeng[11] ประกอบด้วย 5 ทักษะ ได้แก่ การเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ รวม 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 0–4 คะแนนต่อข้อ โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0–80 คะแนน ทั้งนี้ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับไม่เพียงพอ ระดับมีปัญหา ระดับเพียงพอ และระดับดีเยี่ยม และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค จากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 22 ข้อ ครอบคลุมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1–5 คะแนนต่อข้อ โดยคะแนนรวมตั้งแต่ 22 – 110 คะแนน เกณฑ์การแปลผลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ ระดับควรปรับปรุง ระดับพอใช้ ระดับดี และระดับดีมาก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของขวัญเมือง แก้วดำเกิง[7] ร่วมกับวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีรายละเอียด 4 กิจกรรม โดยการดำเนินกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 2 ครั้ง (5 ทักษะกิจกรรม) ในสัปดาห์ที่ 2, 3 ลงเยี่ยมบ้านในสัปดาห์ที่ 6 โทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติตัวในสัปดาห์ที่ 8 และแลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติตัวในสัปดาห์ที่ 10 โดยดำเนินการด้วยผู้วิจัยดังนี้

1) กิจกรรมทักษะการเข้าถึง กลุ่มทดลองฝึกทักษะในการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ฝึกฝนในการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ จากนั้นประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ “chunk & check” เพื่อกลั่นกรองและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีระบบ

2) กิจกรรมทักษะการสร้างความเข้าใจ กลุ่มทดลองฝึกความสามารถและทักษะในการจดจำและมีความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ โดยใช้เทคนิค “teach-back technique” พร้อมทั้งฝึกใช้ใบงานสรุปความเข้าใจ และอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม

3) กิจกรรมทักษะการไต่ถาม กลุ่มทดลองฝึกความสามารถและทักษะในการวางแผนการใช้คำถาม การตั้งคำถาม และการประเมินคำถามข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และอภิปรายร่วมกันในกลุ่ม

4) กิจกรรมทักษะการตัดสินใจ กลุ่มทดลองฝึกความสามารถและทักษะในการระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการตัดสินใจของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ด้วยหลัก 3อ. 2ส.

5) กิจกรรมทักษะการนำไปใช้ กลุ่มทดลองฝึกความสามารถและทักษะในการเตือนตนเอง และการจัดการตนเอง โดยกำหนดวิธีการหรือวางแผนในการใช้ชีวิตให้สอดคล้องตามแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ด้วยหลัก 3อ. 2ส. โดยเน้นการฝึกใช้เทคนิค การเตือนตนเองและการจัดการตนเอง

6) กิจกรรมลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สังเกตพฤติกรรมและการตอบข้อมูล ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำพูดคุยและให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพ

7) กิจกรรมกระตุ้นทางโทรศัพท์ ผู้วิจัยติดตามการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สังเกตการณ์ตอบคำถามการปฏิบัติตัวและให้คำแนะนำพูดคุยและให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพ

8) กิจกรรมแลกเปลี่ยนแนวทางการการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ กลุ่มทดลองนำเสนอข้อมูลเพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (I-CVI) อยู่ระหว่าง .86-1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปราบ ตำบลคลองปราบ อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้ค่าความเชื่อมั่น (cronbach's alpha) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเท่ากับ .93 และแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรค เท่ากับ .89

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ chi-square ในการวิเคราะห์ความแตกต่างทางลักษณะประชากรระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม สถิติ paired t-test ใช้เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และสถิติ independent t-test ใช้เปรียบเทียบเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ กำหนดนัยสำคัญ .05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่อนุมัติ P014/2568 เมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ สิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการรักษาข้อมูลส่วนบุคคลไว้เป็นความลับ พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยก่อนให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในหนังสือยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ ระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างอยู่ภายใต้การดูแลของผู้วิจัยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลภายในระยะเวลา 1 เดือน หากผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องแสดงข้อมูล/รูปภาพ ผู้วิจัยจะนำเสนอเฉพาะในภาพรวมของผลการวิจัยและใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และกลุ่มควบคุมได้รับการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามโปรแกรมเดียวกับกลุ่มทดลองโดยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.00) อายุเฉลี่ย 67.07 ปี (SD=9.88) อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกร (ร้อยละ 56.70) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 73.30) โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 60.00) ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่พบมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 96.70) สื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 90.00) และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ร้อยละ 76.70) ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 43.30) น้ำหนักเฉลี่ย 66.83 กิโลกรัม (SD=15.07) ส่วนสูงเฉลี่ย 158.37 เซนติเมตร (SD=8.62) ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง ≥

18.5–22.99 kg/m^2 (ร้อยละ 30.00) และ 25.00–29.99 kg/m^2 (ร้อยละ 30.00) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 66.67) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 76.70) และส่วนใหญ่ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง (ร้อยละ 80.00)

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.30) อายุเฉลี่ย 67.13 ปี (SD=11.34) อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกร (ร้อยละ 50.00) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (ร้อยละ 83.30) โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 76.70) ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่พบมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 100.00) สื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 96.70) และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (ร้อยละ 70.00) ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 46.70) น้ำหนักเฉลี่ย 64.60 กิโลกรัม (SD=13.95) ส่วนสูงเฉลี่ย 157.53 เซนติเมตร (SD=8.78) ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25.00–29.99 kg/m^2 (ร้อยละ 36.70) และ $\geq$ 18.5 – 22.99 kg/m^2 (ร้อยละ 33.33) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 60.00) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 90.00) และส่วนใหญ่ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง (ร้อยละ 93.30)

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ในตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคลทุกตัว ได้แก่ เพศ (p=.584), อายุ (p=.981), อาชีพ (p=.880), ระดับการศึกษา(p=.370), โรคประจำตัวความดันโลหิตสูง (p=.165) ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุข(p=1.00), ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง(p= .838), น้ำหนัก (p= .554), ส่วนสูง (p= .712), ดัชนีมวลกาย (p= .221), สถานภาพสมรส(p= .449), ผู้ดูแล(p= .166) และการมาตรวจตามนัด (p= .254)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำรายด้านและภาพรวม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมและรายด้าน สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกันทางสถิติ และจำแนกรายด้าน พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ รายด้านและภาพรวม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ทักษะการเข้าถึง							
กลุ่มทดลอง (n=30)	8.70	2.26	11.80	1.06	29	7.25	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	8.90	2.35	9.36	3.36	29	.59	.559
ทักษะการเข้าใจ							
กลุ่มทดลอง (n=30)	9.60	2.07	12.10	.95	29	6.63	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	9.63	2.84	9.46	3.98	29	.20	.842

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ทักษะการไต่ถาม							
กลุ่มทดลอง (n=30)	6.56	1.61	11.90	1.18	29	17.96	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	6.60	1.56	6.13	.81	29	1.72	.095
ทักษะการตัดสินใจ							
กลุ่มทดลอง (n=30)	7.13	2.22	11.40	1.16	29	11.12	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	7.46	2.12	7.66	1.09	29	.49	.623
ทักษะการนำไปใช้							
กลุ่มทดลอง (n=30)	7.43	1.85	11.83	1.14	29	11.33	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	7.56	2.29	7.33	1.58	29	.57	.573
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม							
กลุ่มทดลอง (n=30)	39.43	6.76	59.03	2.69	29	16.75	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	40.16	6.08	39.96	5.76	29	.15	.881

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำรายด้านและในภาพรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ สำหรับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ในภาพรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ รายด้านและในภาพรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ทักษะการเข้าถึง							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	8.70	2.26	8.9	2.35	58	.33	.738
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.80	1.06	9.36	3.65	33.88	3.50	<.001
ทักษะการเข้าใจ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	9.60	2.07	9.63	2.84	53.07	.52	.959
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12.10	.95	9.46	3.98	32.34	3.51	<.001
ทักษะการไต่ถาม							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6.56	1.61	6.60	1.56	58	.81	.936
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.90	1.18	6.13	.81	51.76	21.92	<.001

ทักษะการตัดสินใจ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.13	2.22	7.46	2.12	58	.59	.556
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.40	1.16	7.66	1.09	58	12.81	<.001
ทักษะการนำไปใช้							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.43	1.85	7.56	2.29	58	.24	.805
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	11.83	1.14	7.33	1.58	58	12.60	<.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	39.43	6.76	40.16	6.08	58	.44	.660
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	59.03	2.69	39.96	5.76	41.12	16.41	<.001

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรค ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมการป้องกันโรค	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง (n=30)	67.80	4.86	86.03	4.37	29	21.23	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	67.36	5.02	67.10	4.87	29	1.54	.133

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ สำหรับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรค สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรค ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พฤติกรรมการป้องกันโรค	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	67.80	4.86	67.36	5.02	58	.33	.735
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	86.03	4.37	67.10	4.87	58	15.83	<.001

6. เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตเฉลี่ย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าความดันโลหิต	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
กลุ่มทดลอง (n=30)	136.63	9.97	114.93	7.79	29	11.95	<.001
กลุ่มควบคุม (n=30)	134.47	16.18	132.70	15.60	29	2.08	<.046

7. เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าความดันโลหิตเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันทางสถิติ สำหรับหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	136.63	9.97	134.47	16.18	58	.62	.535
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	114.93	7.79	132.70	15.01	42.64	5.57	<.001

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ มีประสิทธิผลในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค และควบคุมค่าความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ของการติดตาม ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม โปรแกรมที่ใช้ได้ประยุกต์แนวคิดของ Kaewdumkoeng[11] ซึ่งครอบคลุมทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงทำให้มีความสามารถและทักษะในการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร เข้าใจทำให้มีความสามารถและทักษะในการจดจำและมีความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร ไต่ถามทำให้มีความสามารถและทักษะในการวางแผนการใช้คำถาม การตั้งคำถาม และการประเมินคำถามข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ตัดสินใจทำให้มีความสามารถและทักษะในการระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ

กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนใน การตัดสินใจของตนเองในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ และการนำไปใช้ทำให้มีความสามารถและทักษะในการเตือนตนเอง และการจัดการตนเองโดยกำหนดวิธีการหรือวางแผนในการใช้ชีวิตให้สอดคล้องตามแนวทาง ผ่านกิจกรรมที่ออกแบบให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในพื้นที่ เช่น การสืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ การฝึกสื่อสารด้วยเทคนิค teach-back และการฝึกวิเคราะห์ทางเลือกและการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้า[12-15] ซึ่งพบว่า โปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบสามารถเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากโปรแกรมได้ออกแบบกิจกรรม ที่ครอบคลุม 5 ทักษะสำคัญ และสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยในชุมชน ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูล และได้ฝึกปฏิบัติจริง

นอกจากนี้ การฝึกทักษะ “กิจกรรมไต่ถาม” และ “กิจกรรมการนำไปใช้” เป็นจุดเด่นเฉพาะของโปรแกรมครั้งนี้ ยังเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญ แตกต่างจากงานวิจัยส่วนใหญ่ ซึ่งมักกล่าวถึงเพียงการสื่อสารโดยรวม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถตั้งคำถาม วิเคราะห์ และกลั่นกรองสารสนเทศสุขภาพ และยังนำไปสู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง[11]

พฤติกรรมการป้องกันโรค

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งในด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พฤติกรรมเหล่านี้มีผลทำให้ค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากการบูรณาการกิจกรรมฝึกทักษะความรอบรู้ร่วมกับการใช้คู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การติดตามเยี่ยมบ้าน และการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ที่ช่วยติดตามพฤติกรรมรายบุคคล ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้าซึ่งพบว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จนเกิดเป็นทักษะ ทำให้ตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ยั่งยืน[12-15] พร้อมการติดตามช่วยเสริมความเชื่อมั่นและแรงจูงใจภายใน และการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ช่วยสร้างแรงหนุนในการปฏิบัติ ส่งผลให้สามารถคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ต่อเนื่อง[16]

ค่าความดันโลหิต

กลุ่มทดลองค่าความดันโลหิตเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.001$) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการควบคุมค่าความดันโลหิตผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน โดยเฉพาะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียดทั้งนี้ การที่กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิตลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากโปรแกรมได้บูรณาการกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและพฤติกรรม 3อ. 2ส. อย่างต่อเนื่องคือการรับประทานอาหารที่เหมาะสมลดหวาน มัน เค็ม การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที การจัดการอารมณ์ไม่ให้เกิดความเครียด และการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา โดยเฉพาะการใช้ คู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การติดตามเยี่ยมบ้านและการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเอง และการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้การฝึกสื่อสารแบบ teach-back และการฝึกวิเคราะห์ทางเลือกยังช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำความรู้

ไปใช้จริง จึงเกิดการปรับพฤติกรรมอย่างยั่งยืนและส่งผลต่อการควบคุมค่าความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานศึกษาก่อนหน้าซึ่งพบว่า การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลให้ค่าความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน[14-16]

ข้อค้นพบสำคัญของการวิจัยนี้ คือ โปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำไม่เพียงช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ แต่ยังนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมและการควบคุมค่าความดันโลหิต สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้และประสิทธิผลในการนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน ตลอดจนความเหมาะสมต่อการขยายผลในระดับชุมชนและเชื่อมโยงสู่การกำหนดนโยบายสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางสำคัญในการป้องกันการเกิดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

หน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ สามารถนำโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา และการรับรู้สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลการวิจัยในระยะยาว 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อตรวจสอบความคงทนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและค่าความดันโลหิต ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในเชิงยั่งยืน และขยายการวิจัยไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่เดิม เพื่อประเมินความสามารถในการปรับใช้ของโปรแกรมในบริบทที่หลากหลาย

References

1. Chulamet P. Nursing care for elderly patients with stroke. Nakhon Pathom: Vanida Partnership; 2022. (in Thai)
2. Prasat Neurological Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Clinical practice guideline for the treatment of ischemic stroke for physicians. Bangkok: Thana Press Co., Ltd.; 2019. (in Thai)
3. Department of Disease Control. Department of Disease Control campaigns for World Stroke Day 2023; 2023. Available from: https://www.ddc.moph.go.th/odpc9/news.php?deptcode=odpc9&news=37947&news_views=2609 (in Thai)
4. Kolmos M, Christoffersen L, Kruuse C. Recurrent ischemic stroke – a systematic review and meta-analysis. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2021;30(8):105935. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105935
5. Nasan Municipal Public Health Service Center. Registry of stroke patient data for 2024 [Unpublished data]. Nasan: Nasan Municipal Public Health Service Center; 2024. (in Thai)

6. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MSV. Stroke risk factors, genetics, and prevention. Circ Res. 2017;120(3):472-495. doi:10.1161/CIRCRESAHA.116.308398.
7. Johnson KE, Li H, Zhang M, Springer MV, Galecki AT, Whitney RT, Gottesman RF, Hayward RA, Sidney S, Elkind MSV, Longstreth WT, Heckbert SR, Gerber Y, Sullivan KJ, Levine DA. Cumulative systolic blood pressure and incident stroke type variation by race and ethnicity. JAMA Netw Open. 2024;7(5):e248502. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.8502
8. Khumsa-ard S, Thiangtham V, Suwan-ampai P. Behavioral factors related to recurrence stroke. Journal of Public Health Nursing. 2017; 31:6-9. (in Thai)
9. Chuamworakul W. Vascular risk factors for recurrent stroke in Nonsung hospital. ECH Journal of Environment and community Health. 2024;9(2):527-34. (in Thai)
10. Manatura O. Result of the health literacy development program of stroke alert and the access to an emergency medical service in high-risk patients with hypertension and their relatives in Tambon Chakkarat, Chakkarat district, Nakhon Ratchasima. Regional Health Promotion Center 9 Journal. The Journal for Health Promotion and Environmental Health. 2019;13(32):206-21. (in Thai)
11. Kaewdumkoeng K. Health literacy: process, practice, and assessment tools. Bangkok: ID All Digital Print; 2021. (in Thai)
12. Boonchavee P, Nunthaitaweekul P. The effect of health literacy enhancement program on stroke preventive behaviors among stroke patients on recovery stage. Thai Journal of Nursing. 2024;73(2):51-60. (in Thai)
13. Sriyasak A, et al. The development of health literacy for health management of older adults with diabetes and hypertension in primary care cluster context: case study in Phetchaburi province. Journal of Health Systems Research. 2021;15(2):115-73. (in Thai)
14. Poopang S. Model of health literacy promotion in changing health behaviors of hypertension risk groups Kuddon Subdistrict Health Promoting Hospital. ECH Journal of Environment and community Health. 2024;9(4):526-34. (in Thai)
15. Waisayarat T. Effect of a health literacy promotion program on cardiovascular disease prevention behaviors among individuals at high risk for cardiovascular disease [master's thesis]. Songkhla: Prince of Songkla University; 2023. (in Thai)
16. Tepsuwan J, Leelhakul V, Torsakulkaew T. The effects of recurrent prevention program for stroke patients at a tertiary level hospital in Nakhon Pathom province. J Thai Stroke Soc. 2018;17(1):5-18. (in Thai)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาวภาคเกษตรกรรม อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม

Factors Influencing Access to Health Services Among Migrant Workers in Ban Phaeng District, Nakhon Phanom Province, Thailand

กานต์รวี แสนสุภา[1], เบญจยามาศ พิลายนต์[2], พรเลิศ ชุมชัย[3]

Kanrawee saensupa[1], Benjayamas Pilayon[2], Pornlert Chumchai[3]

[1]นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Master of Nursing Science program students, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

[2]Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

[3] Boromarajonani College of Nursing, Phra-Putthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Benjayamas Pilayon; Email: nongpi3@gmail.com

Received: July 30, 2025 **Revised:** January 10, 2026 **Accepted:** January 29, 2026

บทคัดย่อ

แรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มบุคคลที่เข้าถึงบริการสุขภาพในท้องถิ่นได้ยาก การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดน กลุ่มตัวอย่างคือแรงงานสัญชาติลาวที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมในอำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม จำนวน **129 คน** เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ และแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งครอบคลุม 5 มิติตาม **The Andersen Healthcare Utilization Model** แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นด้านปัจจัยเสี่ยงด้านการทำงานเท่ากับ .92 และด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเท่ากับ .99 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า แรงงานข้ามชาติมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับน้อย และมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล (β= .167, p<.05) และการปล่อยให้อาการเจ็บป่วยหายเอง (β=.152, p<.05) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ขณะที่การรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ (β=-.318, p<.001) การได้รับการดูแลจากเพื่อนหรือญาติ (β=-.132, p<.05) และการได้รับการอบรมเกี่ยวกับสารเคมี (β=-.169, p<.01) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยโมเดลสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ร้อยละ 19 (Adjusted R^2=.190) ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ชายแดน ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาสำหรับการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อบริบทและความจำเป็นของแรงงานข้ามชาติ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมและยั่งยืน

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการสุขภาพ; ความเสมอภาคทางสุขภาพ; แรงงานข้ามชาติลาว

Factors Influencing Access to Health Services Among Migrant Workers in Ban Phaeng District, Nakhon Phanom Province, Thailand

Kanrawee saensupa[1], Benjayamas Pilayon[2], Pornlert Chumchai[3]

[1]Master of Nursing Science program students, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

[2]Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom, Nakhon Phanom University

[3] Boromarajonani College of Nursing, Phra-Putthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author; Benjayamas Pilayon; Email: nongpi3@gmail.com

Received: July 30, 2025 **Revised:** January 10, 2026 **Accepted:** January 29, 2026

Abstract

Migrant workers are a population facing difficulty accessing local health services. This study aimed to study healthcare access among migrant workers and to identify factors associated with healthcare access in a border area. The sample consisted of 129 Lao migrant workers employed in the agricultural sector in Ban Phaeng District, Nakhon Phanom Province, Thailand. Research instruments included a personal information questionnaire, a healthcare access questionnaire, and a questionnaire on factors related to healthcare access, covering five dimensions based on the Andersen Healthcare Utilization Model. The reliability coefficients were .92 for work-related risk factors and .99 for the healthcare access scale. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression. The results indicated that the overall level of healthcare access among migrant workers was low. Several factors were significantly associated with healthcare access, including receiving financial support for healthcare (β=.167, p<.05) and self-recovery behavior (β=.152, p<.05), which were positively associated with healthcare access. In contrast, receiving care at public healthcare facilities (β=-.318, p<.001), having caregivers (β=-.132, p<.05), and receiving chemical safety training (β=-.169, p<.01) were negatively associated with healthcare access. The model explained 19.00% of the variance in healthcare access (adjusted R^2=.190). The findings of this study reflect the limitations in healthcare access among migrant workers in border areas. This information may serve as a fundamental basis for developing service systems that are responsive to the specific contexts and needs of migrant workers, thereby increasing opportunities for equitable and sustainable healthcare access.

Keywords: access to health services; health equity; migrant workers

ความเป็นมาและความสำคัญ

แรงงานข้ามชาติเป็นกำลังแรงงานสำคัญที่มีบทบาทต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะประเทศไทยซึ่งมีความต้องการแรงงานไร้ฝีมือและกึ่งฝีมือจำนวนมากในภาคการผลิตและภาคเกษตรกรรม[1] รายงานของ International Organization for Migration (2024) ระบุว่า ทวีปเอเชียเป็นภูมิภาคที่มีการย้ายถิ่นระหว่างประเทศสูงที่สุดในโลก และประเทศไทยติดอันดับที่ 14 ของประเทศปลายทางของแรงงานข้ามชาติ[2] แรงงานส่วนใหญ่เป็นกลุ่มประเทศกัมพูชา ลาว เมียนมา และเวียดนาม (CLMV) ที่เข้ามาทำงานทั้งในระบบที่ถูกต้องและการลักลอบผ่านช่องทางธรรมชาติ

อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม เป็นพื้นที่ชายแดนที่มีลักษณะทางภูมิประเทศเอื้อต่อภาคเกษตรกรรม และมีช่องทางผ่านแดนหลายแห่งที่เอื้อต่อการเคลื่อนย้ายแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานสัญชาติลาวซึ่งนิยมเดินทางเข้ามารับจ้างในงานเกษตร เช่น การปลูกพืชเศรษฐกิจ การเก็บเกี่ยวผลผลิต และงานไร่ยาสูบ[3] แรงงานจำนวนมากไม่มีเอกสารที่ถูกต้องตามกฎหมาย ส่งผลให้ไม่ได้รับสิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพ ได้แก่ การประกันสุขภาพ การตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงาน และการป้องกันโรคหรืออันตรายจากสารเคมีทางการเกษตร

แม้ว่าประเทศไทยจะมีกรอบกฎหมายคุ้มครองแรงงานข้ามชาติ เช่น พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 และพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ซึ่งกำหนดให้นายจ้างต้องดูแลด้านความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยของลูกจ้างทุกคนโดยไม่เลือกปฏิบัติ แต่ในทางปฏิบัติพบว่าแรงงานจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่มีสถานะทางกฎหมายและไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม[3] รายงานของกระทรวงสาธารณสุขยังชี้ว่า แรงงานข้ามชาตินอกระบบต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยตนเอง แม้ว่ารัฐจะจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะก็ตาม ซึ่งปัญหาดังกล่าวยิ่งเด่นชัดในพื้นที่ชายแดนที่มีทรัพยากรด้านสาธารณสุขจำกัด เช่น อำเภอบ้านแพง[4]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติได้รับอิทธิพลจากหลายมิติ ทั้งปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ และภาวะสุขภาพ [5-6] ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สถานะทางกฎหมาย เครือข่ายทางสังคม รายได้ และสิทธิการรักษาพยาบาล[7] รวมถึงปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ เช่น ความรับรู้ต่ออาการเจ็บป่วยและการประเมินความรุนแรงของโรค[8] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติลาวในบริบทภาคเกษตรกรรมยังมีจำกัด และยังไม่พบงานศึกษาที่เจาะลึกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้ในพื้นที่ชายแดนโดยเฉพาะ ทั้งที่แรงงานลาวเป็นกลุ่มแรงงานหลักในอำเภอบ้านแพง และมีความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาว อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม โดยใช้กรอบแนวคิด 5 มิติของ Penchansky และ Thomas (1981)[9] ร่วมกับ Andersen Healthcare Utilization Model ได้แก่ ความพอเพียงของบริการ (availability) ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (accessibility) ความสะดวกในการรับบริการ (accommodation) ความสามารถในการจ่าย (affordability) และการยอมรับบริการ (acceptability)[9] เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปพัฒนานโยบายและระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชายแดนและความต้องการของแรงงานข้ามชาติได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

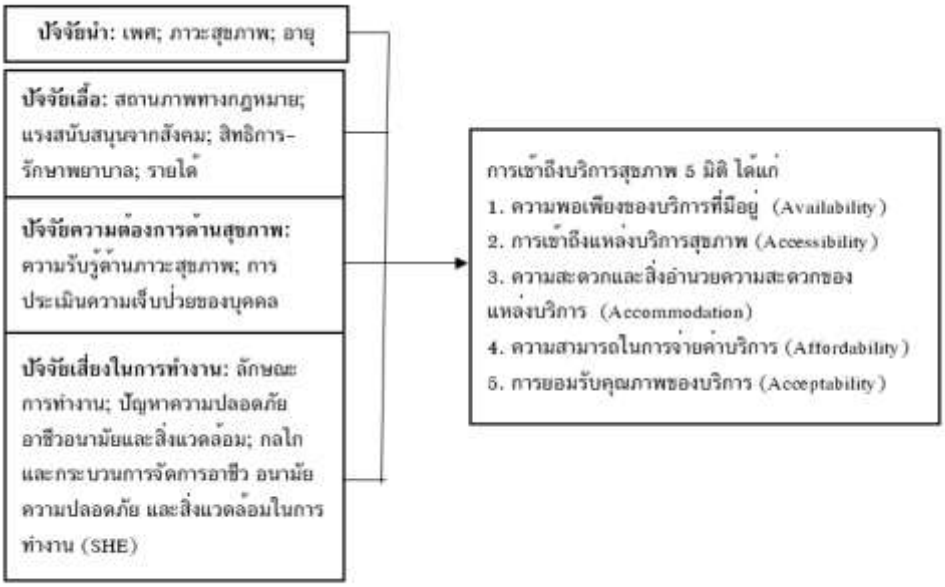
1. เพื่อศึกษาระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาว
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาว

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงในการทำงาน มีอิทธิพลต่อระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาวในอำเภอบ้านแพง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดจากแบบจำลองการใช้บริการสุขภาพของ Penchansky and Thomas (1981)[9] และแบบจำลอง Andersen Healthcare Utilization Model มาเป็นกรอบในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาว โดยพิจารณาจากปัจจัยหลัก 4 ด้านที่ส่งผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) ได้แก่ ลักษณะทางประชากร โครงสร้างทางสังคม และความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ได้แก่ ทรัพยากรที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการได้ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน รายได้ การมีหลักประกันสุขภาพ และความสะดวกในการเข้าถึงหน่วยบริการ 3) ปัจจัยด้านความต้องการทางสุขภาพ (need factors) ได้แก่ การรับรู้ความต้องการใช้บริการของแรงงานเอง รวมถึงการประเมินทางคลินิกจากบุคลากรสุขภาพที่ชี้ว่าบุคคลนั้นควรได้รับบริการ และ 4) ปัจจัยเสี่ยงในการทำงาน (work-related risk factors) หมายถึง ความเสี่ยงจากลักษณะงาน เช่น การสัมผัสสารเคมี อุบัติเหตุ หรือสภาพแวดล้อมการทำงานที่อาจส่งผลต่อสุขภาพ และเป็นแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพ กรอบแนวคิดนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในบริบทของแรงงานข้ามชาติภาคเกษตรกรรมที่ต้องเผชิญข้อจำกัดหลายด้าน ทั้งเชิงเศรษฐกิจ สังคม และกฎหมาย โดยแสดงไว้ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือแรงงานข้ามชาติลาวที่เดินทางเข้ามาทำงานภาคเกษตรกรรมในอำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม จำนวน 1,620 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

1. เป็นแรงงานข้ามชาติลาวอายุ 18–59 ปี
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยในระดับที่ตอบแบบสอบถามได้
4. ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ แรงงานที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยเลือก Test family = F tests และ Statistical test = Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero และกำหนดประเภทการวิเคราะห์เป็น A priori (compute required sample size) กำหนดจำนวนตัวแปรทำนาย 15 ตัว กำหนดขนาดอิทธิพล effect size f^2=.15 (ระดับปานกลาง) เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยก่อนหน้าที่สามารถใช้อ้างอิงขนาดอิทธิพลได้ กำหนดระดับนัยสำคัญ α=.05 และกำลังทดสอบ Power $(1-\beta)$=.80 ผลการคำนวณระบุว่าต้องใช้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 139 คน อย่างไรก็ตาม เนื่องด้วยมีการถอนตัวออกจากการศึกษาของตัวอย่างจำนวน 10 คน ทำให้ได้ตัวอย่างจริงในการใช้วิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 129 คน แม้ว่างานวิจัยนี้จะมีจำนวนตัวแปรทำนายค่อนข้างมาก (15 ตัวแปร) แต่ขนาดตัวอย่างจำนวน 129 คน ทำให้อัตราส่วนระหว่างจำนวนตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรอยู่ที่ประมาณ 8.6:1 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่ 5 ตัวอย่าง ต่อ 1 ตัวแปรทำนาย[20] จึงถือว่ายังเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ อย่างไรก็ตาม อัตราส่วนดังกล่าวยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่แนะนำที่ 10:1 ผู้วิจัยจึงตีความผลการวิเคราะห์ด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะในประเด็นความเสถียรของค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling)[10] โดยมีเหตุผลในการเลือกชั้นภูมิ เนื่องจากพื้นที่อำเภอบ้านแพงประกอบด้วย 6 ตำบล 9 รพ.สต. และ 75 หมู่บ้าน มีลักษณะการกระจายตัวของแรงงานข้ามชาติแตกต่างกันตามตำบล เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนแรงงานทั้งเพศ อายุ ความปลอดภัยในการทำงาน และความร่วมมือจากนายจ้าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มหลายขั้นตอนแบบแบ่งชั้น (multi-stage random sampling) โดยออกแบบให้สามารถเข้าถึงแรงงานข้ามชาติลาวในพื้นที่อำเภอบ้านแพงได้อย่างเป็นระบบและครอบคลุมประชากรเป้าหมายทั้งหมด รายละเอียดดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดกรอบรายชื่อประชากร (sampling frame) ผู้วิจัยรวบรวมรายชื่อแรงงานข้ามชาติลาวจากหลายแหล่งข้อมูล ได้แก่ รายชื่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 9 แห่ง ข้อมูลทะเบียนหมู่บ้านจากผู้นำชุมชนทั้ง 75 หมู่บ้าน และข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชนอำเภอบ้านแพง รวมทั้งสิ้น 1,620 คน ซึ่งใช้เป็นกรอบรายชื่อประชากรสำหรับการสุ่มในขั้นตอนถัดไป

ขั้นตอนที่ 2 การคัดเลือกตำบลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มแรงงานที่มีจำนวนเพียงพอ และลดความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม ผู้วิจัยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเลือกเฉพาะตำบลที่มีแรงงานข้ามชาติลาวอาศัยอยู่จริงจำนวนมาก พบว่ามีตำบลที่เข้าเกณฑ์รวม 5 ตำบล ครอบคลุมชุมชนจำนวน 48 ชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มชุมชน (cluster sampling) จากชุมชนทั้ง 48 ชุมชน ผู้วิจัยกำหนดให้สุ่มเลือก 50% ของชุมชนทั้งหมด เพื่อให้ได้ตัวแทนพื้นที่อย่างเหมาะสม จึงใช้การสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ได้ชุมชนที่คัดเลือกจำนวน 24 ชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การจัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากร (proportional allocation) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนสัดส่วนประชากรในแต่ละชุมชน

ขั้นตอนที่ 5 การสุ่มรายชื่อแรงงานในชุมชน (simple random sampling) ประสานงานกับ อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อจัดทำรายชื่อแรงงานลาวในแต่ละชุมชน จากนั้นให้หมายเลขแก่แรงงานทุกคน และใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรมสุ่มตัวเลข หรือจับฉลากรายชื่อ จนได้จำนวนที่ต้องการตามสัดส่วนของแต่ละชุมชนการสุ่มรายชื่อแรงงานในชุมชน (simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามโครงสร้าง ประกอบด้วย 4 ส่วน พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky และ Thomas (1981)[9] และโมเดลการใช้บริการสุขภาพของ Andersen เพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติลาวในพื้นที่อำเภอบ้านแพง รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษารายได้ ความพอเพียงของรายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ สิทธิด้านการรักษาพยาบาล การปฏิสัมพันธ์ในสังคม โดยเป็นการตอบคำถามปลายเปิดและปิด และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงด้านการทำงาน ประกอบด้วย ลักษณะงานที่ทำและความปลอดภัยทางด้านการทำงานและสิ่งแวดล้อมและกระบวนการการจัดการทางด้านอาชีวอนามัย โดยเป็นคำถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ประกอบด้วย แหล่งสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้บริการสุขภาพ การบริการที่รัฐหรือองค์กรจัดขึ้น โดยให้ความเห็นเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม ทั้งความคิดเห็นเชิงลบและเชิงบวก มีข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ความคิดเห็นเชิงบวก จำนวน 12 ข้อ ให้ค่าเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง ไม่มีเลย และความคิดเห็นเชิงลบ จำนวน 12 ข้อ ให้ค่าเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ 1 หมายถึง มากที่สุด 2 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 4 หมายถึง น้อย 5 หมายถึง ไม่มีเลย เมื่อรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งแจกแจงความถี่แล้ว ผู้วิจัยนำคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเพื่อแบ่งการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเป็น 5 ระดับ คือ ระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับน้อยที่สุด ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 5 ข้อ ประกอบไปด้วย ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ และข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพื่อปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ให้ตอบโจทย์และอำนวยความสะดวกต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและครอบคลุมมากขึ้น โดยเป็นการอธิบายคำและเติมคำในช่องว่าง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) ทำการตรวจสอบโดยวิธีการหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence; IOC) โดยนำแบบสัมภาษณ์เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแรงงานข้ามชาติ จำนวน 1 ท่าน แพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านแรงงานข้ามชาติ จำนวน 1ท่าน โดยแต่ละแบบสัมภาษณ์ได้ค่า IOC ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลเท่ากับ 1.00 ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงด้านการทำงานเท่ากับ 1.00 ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเท่ากับ 1.00 และส่วนที่ 4 ปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ทำการตรวจสอบโดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหามาทดลองใช้กับกลุ่มคนที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จากพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลไม่ได้หาค่าความเชื่อมั่น ส่วนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงด้านการทำงานเท่ากับ .92 และส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติเท่ากับ .99

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ควบคุมกระบวนการวิจัยอย่างดี โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครพนม ลำดับที่ 107/2567 HE 10767 ลงวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2567

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลดำเนินระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2567 โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อำเภอบ้านแพงก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล และหลักจริยธรรมการวิจัย จากนั้นจึงลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากแรงงานข้ามชาติลาวตามกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว การเก็บข้อมูลใช้วิธีสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและการให้ผู้ตอบกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองตามความเหมาะสม ใช้เวลาประมาณ 20–30 นาทีต่อราย ได้แบบสอบถามตอบกลับจำนวน 129 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 92.8 อย่างไรก็ตาม ในการเก็บข้อมูลจริงได้จำนวน 129 คน นั้น ซึ่งต่ำกว่าค่าที่กำหนดประมาณร้อยละ 7.2 ทั้งนี้ จำนวนตัวอย่างดังกล่าวยังถือว่าเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ เนื่องจากอัตราส่วนระหว่างจำนวนตัวอย่างต่อจำนวนตัวแปรทำนายยังอยู่ในระดับที่สามารถนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุได้[20]

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบ เช่น ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับตัวแปรด้านข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยงในการทำงาน และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยระดับคะแนนเฉลี่ยในการเข้าถึงบริการสุขภาพตีความตามเกณฑ์[21] ดังนี้

1.00–1.80	=	น้อยมาก
1.81–2.60	=	น้อย
2.61–3.40	=	ปานกลาง
3.41–4.20	=	มาก
4.21–5.00	=	มากที่สุด

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานเพื่อทดสอบอิทธิพลของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงในการทำงาน ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยตรวจสอบสมมติฐานของการวิเคราะห์ถดถอยก่อนการตีความค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและค่าความแปรปรวนที่อธิบายได้ของโมเดล

นอกจากนี้ ได้ทดลองวิเคราะห์ด้วยวิธี stepwise regression เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องของโมเดล โดยคัดเลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลตามเกณฑ์นัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การตีความผลหลักยึดตามวิธี Enter ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดทฤษฎี Andersen Healthcare Utilization Model

โดยก่อนวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ ได้แก่ การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุก่อน ได้แก่ การตรวจสอบการกระจายแบบปกติ (normality) ด้วยสถิติ Shapiro–Wilk Test พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และการตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรทำนายเพื่อดู Multicollinearity ด้วยค่า VIF พบว่า มีค่า VIF เท่ากับ 2.3 แสดงว่าข้อมูลไม่มีปัญหา Multicollinearity สามารถวิเคราะห์การถดถอยพหุได้

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติลาวจำนวน 129 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.50 ขณะที่เพศชายคิดเป็นร้อยละ 22.50 อายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 35.91 ปี (SD=9.05) อยู่ในช่วง 18–50 ปี ทั้งหมดเป็นแรงงานสัญชาติลาว (ร้อยละ 100)

ด้านการศึกษา พบว่า ร้อยละ 51.16 จบระดับประถมศึกษา รองลงมาคือไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 34.11) ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 13.95) และระดับอุดมศึกษาเพียงร้อยละ .78 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 65.90 รองลงมาคือโสด (ร้อยละ 29.50) และแยกกันอยู่หรือหม้าย/หย่าร้างรวม (ร้อยละ 4.60)

อาชีพหลักของแรงงานคือแรงงานรับจ้างภาคเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 92.20 ขณะที่อาชีพอื่น ๆ เช่น งานบ้าน ค้าขาย หรือช่างซ่อม คิดเป็นร้อยละ 7.80 ในด้านประสบการณ์ทำงาน พบว่าร้อยละ 75.97

ทำงานเกษตรกรรมมานานมากกว่า 4 ปี และอีกร้อยละ 7.75 ทำงานระยะเวลา 3–4 ปี ส่วนที่เหลือทำงานน้อยกว่า 2 ปี

แรงงานส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 84.50 รายได้ 10,001–20,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 11.60 และมีเพียงร้อยละ 3.90 ที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท ด้านที่อยู่อาศัย ร้อยละ 58.90 อาศัยในบ้านของตนเอง รองลงมาคือบ้านเช่า (ร้อยละ 19.40) และการอยู่อาศัยกับญาติหรือบ้านนายจ้าง (ร้อยละ 21.70)

2. ด้านสุขภาพ

แรงงานส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 88.37) แต่มีแรงงานบางส่วนรายงานอาการเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 15.50)

ในส่วนของด้านสิทธิและการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าแรงงานส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลฟรี (ร้อยละ 80.62) และร้อยละ 88.40 ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ระดับค่ารักษายอดนิยมอยู่ในช่วง 100–500 บาทต่อครั้ง (ร้อยละ 62.02) ส่วนร้อยละ 13.95 ได้รับสิทธิบัตรทอง นอกจากนี้ ร้อยละ 57.36 ทราบเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ และร้อยละ 39.53 อยู่ในสถานะขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างถูกกฎหมาย

นอกจากนี้ พฤติกรรมการป้องกันสารเคมีของกลุ่มแรงงานข้ามชาติลาวในภาคเกษตรกรรม อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม จำนวน 129 คน พบว่า ร้อยละ 75.19 มีการสัมผัสสารเคมีจากการทำงาน แม้ว่าร้อยละ 36.43 เท่านั้นที่ใช้สารเคมีทางการเกษตรโดยตรง ส่วนใหญ่ใช้สารเคมีปีละครั้ง และได้รับการอบรมเกี่ยวกับสารเคมีเกือบทั้งหมด การปฏิบัติด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับดี เช่น อ่านฉลากก่อนใช้ สวมอุปกรณ์ป้องกัน ล้างมือ และดูแลอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ ส่วนการจัดการน้ำทิ้งจากสารเคมีมักใช้วิธีฝังกลบในดิน ด้านสุขภาพพบว่าร้อยละ 69.77 ได้รับการตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือด และหากพบสารเคมี มักได้รับยาล้างพิษตามคำแนะนำจากแพทย์ โดยเมื่อมีอาการผิดปกติ ส่วนใหญ่เลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของช่วงคะแนนความคิดเห็นต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ (n= 129)

การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ
การยอมรับคุณภาพของบริการ	2.18	.78	น้อย
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวก	2.27	.79	น้อย
การเข้าถึงแหล่งบริการ	2.33	.83	น้อย
ความพอเพียงของสถานบริการที่มีอยู่	2.22	1.05	น้อย
ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	2.43	.86	น้อย
ภาพรวม	2.28	.86	น้อย

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ผู้วิจัยได้ดำเนินการการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน โดยผลการวิเคราะห์ได้แสดงดังตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	95% CI	*P-value*
การรักษาที่สถานพยาบาลของรัฐ (ใช่)	-.384	.081	-.318	-.544 ถึง -.224	<.001
การได้รับการช่วยเหลือค่ารักษา (อื่น ๆ)	.606	.237	.167	.140 ถึง 1.072	.011
การดูแลตนเองโดยปล่อยให้หายเอง (ใช่)	.504	.220	.152	.070 ถึง .938	.023
การได้รับอบรมป้องกันสารเคมี (ได้รับ)	-.196	.076	-.169	-.346 ถึง -.046	.010
มีผู้ดูแลตลอดเวลา	-.197	.098	-.132	-.389 ถึง -.005	.045
R=.460	R^2=.211	Adjust R^2=.190		SE=.521	
F=10.023	p<.001	Durbin–Watson=1.372		VIF=1.01 – 1.05	

จากตารางที่ 2 พบว่า โมเดลมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(5,187)=10.023, p<.001) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ร้อยละ 21.1 (F(5,123); Adjusted R^2=.190) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน พบว่า การรักษาในสถานพยาบาลของรัฐมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β=-.318, p<.001) รองลงมาคือ การได้รับการอบรมป้องกันสารเคมี (β=-.169, p=.010) และการมีผู้ดูแลตลอดเวลา (β=-.132, p=.045) ในขณะที่การได้รับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาจากแหล่งอื่น ๆ (β=.167, p=.011) และการดูแลตนเองโดยปล่อยให้หายเอง (β=.152, p=.023) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการวิเคราะห์รายองค์ประกอบของการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า โมเดลทุกด้านมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) โดยด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสามารถอธิบายความแปรปรวนได้สูงที่สุด (R^2=.246) รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (R^2=.190) และด้านการเข้าถึงแหล่งบริการ (R^2=.177) ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ข้างต้นแสดงให้เห็นว่า มีตัวแปรอิสระอย่างน้อยหนึ่งตัวที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายองค์ประกอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณในตารางที่ 2 ผู้วิจัยได้นำค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยแบบไม่มาตรฐาน (B) และค่าคงที่ (constant) มาสร้างเป็นสมการพยากรณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยและสมการพยากรณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

ตัวแปร	B	SE	β	P-value
Constant	2.711	.110	-	<.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X8)	-.384	.081	-.318	<.001
กลไกอาชีวอนามัย (X12)	-.196	.076	-.169	.010
รายได้ (X7)	.606	.237	.167	.011
การดูแลตนเอง (X13)	.504	.220	.152	.023
แรงสนับสนุนทางสังคม (X5)	-.197	.098	-.132	.045

จากตารางที่ 3 ซึ่งแสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (unstandardized coefficients: B) ที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้ด้านภาวะสุขภาพ (X8) กลไกและกระบวนการจัดการอาชีวอนามัย (X12) รายได้ (X7) พฤติกรรมการดูแลตนเอง (X13) และแรงสนับสนุนจากสังคม (X5) เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ (unstandardized score) ได้ดังนี้

$$Y=2.711-.384_{X8}-.196_{X12}+.606_{X7}+.504_{X13}-.197_{X5}$$

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพที่แรงงานข้ามชาติลาวในภาคเกษตรกรรมของอำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม ต้องเผชิญอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับโครงสร้างนโยบาย เศรษฐกิจ และสภาพสังคมวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อโอกาสและความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าแรงงานกลุ่มนี้มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับน้อยทุกมิติ ทั้งด้านการยอมรับคุณภาพบริการ ความสะดวกในการใช้บริการ การเข้าถึงสถานบริการ ความพอเพียงของทรัพยากร และความสามารถในการจ่ายค่ารักษา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ IOM และ WHO ที่สะท้อนว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติทั่วโลกยังเผชิญอุปสรรคเชิงโครงสร้างที่จำกัดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็นสถานะทางกฎหมาย รายได้ไม่มั่นคง การทำงานที่มีความเสี่ยงสูง และการขาดหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุม[2-16]

ลักษณะประชากรของแรงงานในพื้นที่สะท้อนความเปราะบางเชิงสังคมหลายประการ ได้แก่ รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือนในสัดส่วนสูง อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลตามกฎหมายไทย และจำนวนมากยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพได้ การที่แรงงานต้องพึ่งพาการรักษาด้วยตนเองหรือปล่อยให้อาการป่วยหายเอง ซึ่งพบในงานวิจัยนี้เช่นกัน สะท้อนความไม่มั่นคงด้านสุขภาพอย่างชัดเจน และสอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ลาว พม่า และกัมพูชา ที่พบว่ากลุ่มแรงงานไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลมักหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการแม้มีอาการเจ็บป่วย[17-18]

ผลการวิเคราะห์เชิงสถิติพบว่าการได้รับความช่วยเหลือจากหลักประกันสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการในหลายมิติอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้าน Social Determinants of Health ที่มองว่าสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพและระบบเงินอุดหนุนของรัฐเป็นกลไกสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ แรงงานที่มีสิทธิได้รับค่ารักษาจากระบบประกันจึงมีความสามารถเข้าถึงบริการสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ การค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยในกลุ่มแรงงานอพยพในประเทศไทยและยุโรป ซึ่งระบุว่าการมีสิทธิประกันสุขภาพช่วยเพิ่มความถี่ในการเข้ารับบริการ ตรวจรักษา และลดความกลัวต่อค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล[15]

นอกจากนี้ ผลการสึกษาพบว่า การรักษาในสถานพยาบาลของรัฐมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ (β=-.318) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานเดิม โดยนอกจากข้อจำกัดด้านคุณภาพบริการ เช่น ระยะเวลารอคอยและความแออัดแล้ว ผลดังกล่าวอาจจะเกิดจากแรงงานที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีความจำเป็นต้องเข้ารับบริการสูง อาจจะเป็นกลุ่มที่ไปใช้บริการสถานพยาบาลของรัฐอยู่แล้ว ส่งผลให้ตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้ามกับที่คาดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถระบุทิศทางความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน

สำหรับพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยปล่อยให้อาการเจ็บป่วยหายเอง ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ (β=.152) อาจสะท้อนลักษณะของกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพที่แรงงานเริ่มต้นจากการดูแลตนเองก่อนและจะตัดสินใจเข้ารับบริการเมื่ออาการไม่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ดังกล่าว ควรตีความด้วยความระมัดระวังเนื่องจากข้อมูลไม่สามารถระบุลำดับเหตุลการณ์ได้อย่างชัดเจน และอาจมีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้ควบคุมในการศึกษา

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาได้สะท้อนปัจจัยเชิงลบสำคัญที่ลดโอกาสในการเข้าถึงบริการ เช่น การรักษากับแพทย์ในสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งกลับสัมพันธ์กับระดับการเข้าถึงที่ต่ำลงในหลายมิติ สาเหตุอาจมาจากประสบการณ์ด้านคุณภาพบริการ การรอคอยนาน ความแออัด และการรับรู้เชิงลบต่อสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ถูกกล่าวถึงอย่างต่อเนื่องในงานศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติ[18] นอกจากนี้ การที่แรงงานต้องพึ่งพาเพื่อนหรือญาติในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการใช้บริการคลินิกเอกชนในบางพื้นที่ อาจสะท้อนความไม่ไว้วางใจต่อระบบรัฐหรือการขาดช่องทางสื่อสารข้อมูลที่เข้าถึงได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคเชิงวัฒนธรรมและภาษาในบริบทพื้นที่ชายแดน[19]

อีกหนึ่งประเด็นสำคัญคือ การอบรมเกี่ยวกับสารเคมีแม้เป็นมาตรการด้านความปลอดภัย แต่กลับสัมพันธ์ในทางลบกับระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพในหลายมิติ ซึ่งอาจตีความได้ว่าแรงงานที่ได้รับการอบรมมักเป็นผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เสี่ยงสูง มีโอกาสรับสัมผัสสารเคมีจากการเกษตรมากกว่า และจึงมีปัญหาสุขภาพที่เรื้อรังหรือเกิดขึ้นบ่อย ทำให้ต้องพึ่งพาการรักษาด้วยตนเองหรือการจัดการอาการเบื้องต้นแทนการเดินทางเข้ารับบริการ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยด้าน Occupational Health ของเกษตรกรในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[14]

การที่แรงงานหญิงมีระดับการเข้าถึงบริการในมิติ availability ต่ำกว่าเพศชาย สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างด้านเพศสภาพ ซึ่งมีรายงานว่าแรงงานหญิงข้ามชาติในภาคการผลิตและเกษตรกรรมทั่วโลกมักเผชิญภาระงานบ้าน บทบาทดูแลครอบครัว และข้อจำกัดด้านอำนาจต่อรอง ทำให้โอกาสเข้ารับบริการลดลง สถานการณ์นี้ตอกย้ำว่าการออกแบบนโยบายด้านสุขภาพสำหรับแรงงานต้องคำนึงถึงมิติความเหลื่อมล้ำทางเพศเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามในส่วนของความแตกต่างระหว่างเพศผู้วิจัยไม่พบผลการวิเคราะห์ที่ชัดเจน จึงไม่ได้ทำการอภิปรายเพิ่มเติม

โดยรวมแล้ว ผลการศึกษาครั้งนี้ตอกย้ำแนวคิดที่ว่าความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติไม่ได้เกิดจากปัจจัยรายบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากระบบเศรษฐกิจ–สังคม วัฒนธรรมชายแดน นโยบายด้านแรงงาน และการเข้าถึงสิทธิของรัฐ ซึ่งผนวกรวมกันจนสร้าง “โครงสร้างความเปราะบาง” (structural vulnerability) ที่ฝังลึกอยู่ในชีวิตประจำวันของแรงงานกลุ่มนี้[15] การพัฒนานโยบายจึงต้องมองข้ามการแก้ไขระดับปัจเจก และหันไปเน้นระดับโครงสร้าง เช่น ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมแรงงานทุกสถานะ การอำนวยความสะดวกด้านเอกสารทะเบียนแรงงาน การสื่อสารความเสี่ยงด้านสารเคมีที่เป็นมิตรต่อวัฒนธรรม และการเสริมพลังชุมชนแรงงานในพื้นที่ชายแดนให้สามารถใช้สิทธิด้านสุขภาพได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากแรงงานข้ามชาติยังประสบข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งด้านค่าใช้จ่าย การเดินทาง และการพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล แนะนำให้ภาครัฐพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่าย เช่น คลินิกเคลื่อนที่ หน่วยให้คำปรึกษาด้านยา และสนับสนุนกองทุนสุขภาพแรงงานต่างด้าว เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม

2. ส่งเสริมความรู้เรื่องสิทธิและการป้องกันตนเอง เนื่องจากการที่แรงงานข้ามชาติยังขาดความรู้ด้านสิทธิการรักษาและการป้องกันตนเอง ควรมีการจัดอบรมหรือเผยแพร่ข้อมูลในภาษาที่เข้าใจง่าย รวมถึงใช้สื่อดิจิทัล เพื่อเสริมสร้างการรับรู้และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังเขตเมืองหรือพื้นที่อื่นที่มีลักษณะแรงงานต่างกัน เพื่อให้เข้าใจปัญหาได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น รวมถึงควรเพิ่มตัวแปรต้นใหม่ที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบสิทธิประกันสุขภาพ การมีล่าม และความเข้าใจสิทธิของแรงงาน เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม ที่เอื้อเฟื้อและอำนวยความสะดวก และขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนมที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

1. Aj-santia J, Chaloeykitti S. Migrant workers: problems and management approaches. Bangkok: Ramkhamhaeng University;2016. (in Thai)
2. International Organization for Migration. Thailand migration report 2024. Bangkok: IOM; 2024.
3. Office of Foreign Workers Administration. Report on the situation of migrant workers in Thailand. Bangkok: Ministry of Labour;2021. (in Thai)
4. Ministry of Public Health. Handbook for the implementation of health insurance for migrant workers. Nonthaburi: Department of Health Service Support;2015. (in Thai)
5. Yimyam S. Access to health services and health care behavior among Tai Yai migrant women. J Health Sci. 2012;21(5):837-46. (in Thai)
6. Kumwan A. Access to health services among migrant workers: A case study in Chiang Khan District, Loei Province. J Public Health Nurs. 2016;30(2):95-104. (in Thai)
7. Niramitr R, Prommaphing B. Factors influencing access to health services among Lao female sex workers in border areas of Ubon Ratchathani Province. J Soc Sci Humanit. 2019;45(3):23-39. (in Thai)
8. Arunboerkfa N, Nopchansupap K. Access to health services among migrant workers in Pattani Province. J Health Educ. 2019;42(2):14-28. (in Thai)
9. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981;19(2):127-40. doi: 10.1097/00005650-198102000-00001.
10. Lohr SL. *Sampling: Design and analysis*. 2nd ed. Boca Raton (FL): CRC Press; 2019.
11. Damnern P, Sirivaddhano PA, Theerasatpaisan P. Migrant workers in Chiang Rai Province: Policies, measures, and access to public health services [research report]. Bangkok: Buddhist Research Institute, Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2018. (in Thai)
12. Mongkonsuebsakul W. Access to public health services in thailand: reflections and inequalities among socially vulnerable groups. J Humanit Soc Sci Southeast Asia Univ. 2022;6(1):55-69.

Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/saujournalssh/article/view/257255. (in Thai)
13. Chatchawancharanchankit P. Factors influencing access to health services among Myanmar migrant workers in Ranong Province. J Humanit Soc Sci. 2017;9(1):11-27. (in Thai)
14. Pangsard P. Access to health services among migrant workers: a case study of Mueang District, Nakhon Pathom Province. Acad Nurs J Boromarajonani Coll Nurs Chakriraj. 2021;1(2):41-55. Available from: https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jckr/article/view/64. (in Thai)
15. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young ME, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. Annu Rev Public Health. 2015;36:375-92. doi: 10.1146/annurev-publhealth-032013-182419.
16. World Health Organization. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. Copenhagen:WHO;2018.
17. Wongsuwanphon S, Chottanapund S, Knust B, et al. Access to healthcare services and factors associated with unmet needs among migrants in Phuket Province, Thailand, 2023. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):1161. doi: 10.1186/s13913-024-08592-3.
18. Pudpong N, Durier N, et al. Assessment of a voluntary nonprofit health insurance scheme for migrants (MFund). Int J Environ Res Public Health. 2019;16(14):2581. doi: 10.3390/ijerph16142581.
19. Poudel-Tandukar K, Yasuoka J, et al. Self-rated health and associated factors among Nepalese migrants in Japan. PLoS One. 2020;15(1):e0227682. doi: 0.1371/journal.pone.0227682.
20. Hair JF Jr, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. 8th ed. Andover: Cengage; 2019.
21. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.

ผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ 2 ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

The Effects of SKT Meditation Therapy Techniques 1 and 2 on Stress Levels among Public Health Students at a University in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

ชลวิภา สุลักขณานุรักษ์[1], อูน ตะสิงห์[1], ณัฐวิทย์ คงใหญ่[2], สุชานันท์ สุทธิรัตน์[2], ปลายเหนือ ชินอิทธิ[2]

Chonvipa Sulakkananurak[1], Oun Tasing[1], Natthawit Khongyai[2], Suchanan Suttirat[2], PlaiNuea Chin-itthi[2]

[1]สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

[1]Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

[2]นักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

[2]Student in Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

Corresponding author: Oun Tasing; Email: oun.tasing@gmail.com

Received: July 24, 2025 **Revised**: March 20, 2026 **Accepted**: April 2, 2026

บทคัดย่อ

ความเครียดในนักศึกษาเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตและส่งผลต่อประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของนักศึกษา งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 25 คน และกลุ่มทดลอง 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ 2 และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่ แบบวัดความเครียดสวนปรุง (SPST-20) และแบบสอบถามประสิทธิผลของการทำสมาธิที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ t-tests ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่าสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ 2 สามารถช่วยลดความเครียดในนักศึกษาแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 ได้ ดังนั้น สถาบันการศึกษาจึงอาจจัดกิจกรรมฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตให้กับนักศึกษา โดยอาจบูรณาการกับกิจกรรมการเรียนการสอนในรายวิชา หรือจัดเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรเพื่อช่วยให้นักศึกษาสามารถจัดการความเครียดของตนเองได้ในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: ความเครียด; สมาธิบำบัด; SKT

The Effects of SKT Meditation Therapy Techniques 1 and 2 on Stress Levels among Public Health Students at a University in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

Chonvipa Sulakkananurak[1], Oun Tasing[1], Natthawit Khongyai[2], Suchanan Suttirat[2], PlaiNuea Chin-itthi[2]

[1]Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

[2]Student in Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University

Corresponding author: Oun Tasing; Email: oun.tasing@gmail.com

Received: July 24, 2025 **Revised**: March 20, 2026 **Accepted**: April 2, 2026

Abstract

Stress among university students is a significant issue that affects mental health and academic performance. This research aimed to study the effects of SKT Meditation Therapy (Techniques 1 and 2) on stress levels among public health students. A sample of 50 participants was selected through purposive sampling and divided into a control group (n = 25) and an experimental group (n = 25). The research instruments included the SKT Meditation Therapy program (Techniques 1 and 2), the Suan Prung Stress Test (SPST-20), and a meditation effectiveness questionnaire developed by the researchers. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests. The results revealed that after participating in the program, the experimental group had significantly lower mean stress scores compared to their pre-test scores and the control group's scores. In conclusion, SKT Meditation Therapy (Techniques 1 and 2) can effectively reduce student stress. Therefore, educational institutions should consider organizing SKT meditation training to enhance students' mental health self-care skills by integrating it into coursework or extracurricular activities to support long-term stress management.

Keywords: meditation therapy; SKT; stress

ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นระดับสากลกำลังอยู่ในภาวะที่น่าเป็นห่วง โดยพบว่าวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี จำนวน 1 ใน 7 คน ประสบปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13 ของภาระโรคในกลุ่มวัยนี้ ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อพัฒนาการทางอารมณ์ ศักยภาพในการเรียนรู้ และการเข้าสังคม อีกทั้งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ที่รุนแรงที่สุดคือการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 4 ของเยาวชนอายุ 15-29 ปี[1] รวมถึงส่งผลกระทบต่อเนื่องไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ ทำให้โอกาสในการประสบความสำเร็จและการใช้ชีวิตอย่างมีความสุขลดลง

รากฐานสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ มักเริ่มต้นจาก “ความเครียด” ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มวัยรุ่นและนักศึกษา เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับภาวะเปลี่ยนผ่าน ทางร่างกายและจิตใจ ประกอบกับแรงกดดันจากความคาดหวังของครอบครัว สถานศึกษา และสังคม ความเครียดสะสมเหล่านี้หากขาดกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะพัฒนาไปสู่โรคซึมเศร้า ความวิตกกังวล และปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรงขึ้น ดังนั้น การศึกษาและส่งเสริมแนวทางการจัดการความเครียดในกลุ่มเป้าหมายนี้ จึงเป็นมาตรการป้องกันที่สำคัญเพื่อลดความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาวและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน[2]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปี พบความชุกของปัญหาความเครียด รุนแรงกว่ากลุ่มวัยอื่น จากสถิติพบว่าเยาวชนกลุ่มนี้มีอัตราความเครียดสูงถึงร้อยละ 24.83 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าร้อยละ 29.51 และที่น่าตระหนกคือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 20.35[3] ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยเชิงสาเหตุของวิกฤตสุขภาพจิตดังกล่าวมีความซับซ้อน โดยเฉพาะในบริบทของนักศึกษา ซึ่งเป็นช่วงวัยแห่งการเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นผู้ใหญ่ นักศึกษาต้องเผชิญกับแรงกดดันรอบด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านวิชาการ ได้แก่ การแข่งขันทางการศึกษาที่สูง ภาระงานที่หนัก และระบบการประเมินผลที่สร้างความวิตกกังวล ความวิตกกังวลต่อเกรดเฉลี่ย ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ ความคาดหวังจากครอบครัวและสังคม เผชิญกับความโดดเดี่ยวและต้องปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ รวมถึงแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อนและปัญหาสัมพันธภาพ ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความมั่นคงทางอารมณ์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและความไม่แน่นอนในอนาคต ได้แก่ ภาระค่าใช้จ่ายทางการศึกษาและค่าครองชีพที่สูงขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดทางการเงิน นอกจากนี้ ความกังวลต่อโอกาสในการทำงานหลังสำเร็จการศึกษาท่ามกลางสภาวะเศรษฐกิจที่ผันผวน ยังเป็นตัวเร่งให้เกิดความเครียดสะสมและความวิตกกังวลต่ออนาคต สภาวะความกดดันเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความเครียดสะสม ซึ่งหากขาดกลไกการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจตามมาได้

การจัดการความเครียดเป็นสิ่งสำคัญที่นักศึกษาควรเรียนรู้และฝึกฝน ซึ่งมีหลายวิธีในการจัดการความเครียด หนึ่งในนั้นคือการทำสมาธิแบบ SKT[4] ซึ่งย่อมาจาก Somporn Kantharadussadee Triumchaisri (SKT) คิดค้นโดย สมพร กันทรดุษฎี ตรีอำไพ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาสุขภาพจิตและการบำบัดด้วยสมาธิ ได้พัฒนารูปแบบสมาธิบำบัดนี้ขึ้นเพื่อใช้ในการรักษาและส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะการลดความเครียดและการส่งเสริมสุขภาวะในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและภาวะเครียด โดยการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT เป็นการฝึกสมาธิที่ผสมผสานท่าทางทางกายเข้ากับการกำหนดลมหายใจและการจดจ่อทางจิตใจ ซึ่งช่วยปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ กลไกของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT มีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมดุลทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของนักศึกษาที่เผชิญความเครียดสะสม โดยการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก และลดการทำงานของซิมพาเทติก ส่งผลให้ระดับฮอร์โมน

คอร์ติซอล อัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิตลดลง นำไปสู่ภาวะผ่อนคลายในระดับลึก การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยานี้ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานของสมอง (cognitive function) และสมาธิจดจ่อ (attention focus) ลดความวิตกกังวลในสถานการณ์กดดัน เช่น การสอบ พร้อมทั้งพัฒนาการตระหนักรู้ในปัจจุบันขณะ อีกทั้งยังช่วยบรรเทาอาการทางกายจากความเครียด (psychosomatic symptoms) อาทิ อาการปวดศีรษะ ตึงกล้ามเนื้อ และปัญหาการนอนไม่หลับ ทำให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจและป้องกันปัญหาสุขภาพเรื้อรังในระยะยาว[5]

ในงานวิจัยนี้เลือกใช้การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT โดยการทำสมาธิแบบ SKT มีทั้งสิ้น 9 ท่า[6] แต่คณะผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 เนื่องจากเป็นท่าที่เหมาะกับการปฏิบัติสมาธิบำบัด เหมาะสำหรับผู้เริ่มต้น ผู้ที่ไม่ป่วย ช่วยลดความดันโลหิต สร้างเสริมสุขภาพ ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ลดความเครียด และสามารถปฏิบัติได้ง่าย มีความเสี่ยงต่ำแต่มีประสิทธิภาพสูง ในขณะที่ท่าที่ 3-8 ของ SKT เน้นการเคลื่อนไหวร่างกายที่ซับซ้อนและต้องใช้ระยะเวลาฝึกฝนนาน[7] ซึ่งสาเหตุที่ไม่ได้เลือกใช้วิธีการลดความเครียดรูปแบบอื่น เช่น การบำบัดทางยา ซึ่งอาจมีผลข้างเคียงและต้นทุนสูง การออกกำลังกายแบบแอโรบิกหรือการเล่นกีฬา ซึ่งอาจจะต้องใช้สมรรถภาพทางกายและพื้นที่ในการปฏิบัติซึ่งอาจไม่สะดวกต่อการปฏิบัติที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง และสาเหตุที่เลือกศึกษาในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากเป็นสถานศึกษาที่อยู่ในเขตเมือง นักศึกษาในพื้นที่อาจต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการมีความเครียดสูงและภาวะซึมเศร้า จากปัญหาด้านการเรียน การจราจรที่แออัด และการใช้ชีวิต เป็นต้น

การศึกษาของ Kosum ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการใช้สมาธิบำบัด SKT ร่วมกับการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเค็มต่อระดับความดันโลหิต โซเดียม และความเครียดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลบ้านเสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันลดลงทั้งความดันซิสโตลิคและไดแอสโตลิค ลดลง ค่าเฉลี่ยความเครียดลดลงเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการใช้สมาธิบำบัด SKT รวมกับการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารเค็ม มีประสิทธิภาพสามารถลดความดันโลหิตและความเครียดได้[8] คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ต่อการลดระดับความเครียดในนักศึกษา งานวิจัยในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาผลของ การทำสมาธิแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 ต่อความเครียดในนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ และเนื่องจากการสำรวจเบื้องต้นพบว่านักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพ ส่วนใหญ่มีความเครียดสูงและเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดเรื้อรังและภาวะซึมเศร้า หนึ่งในนั้นคือนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ทั้งจากการเรียนด้านวิชาการที่เข้มข้น การฝึกปฏิบัติงานในชุมชน และความคาดหวังทางวิชาชีพ ส่งผลให้เกิดความเครียดซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟหรือปัญหาสุขภาพจิตเรื้อรังในระยะยาว ข้อมูลที่จะได้รับจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้สามารถเป็นแนวทางในการจัดการความเครียดของนักศึกษาโดยใช้สมาธิบำบัดแบบ SKT ได้ เพื่อลดปัญหาความเครียดสูงและภาวะซึมเศร้าของนักศึกษาในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่1 และ ท่าที่ 2

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่1 และ ท่าที่ 2

3. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ประสิทธิผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. นักศึกษาในกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

2. นักศึกษาในกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

3. นักศึกษาในกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ประสิทธิผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT หลังการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับสูง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีพื้นฐานมาจากแนวคิดของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่1 และ ท่าที่ 2 ซึ่งเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ผสมผสานการทำสมาธิและฝึกการการหายใจเพื่อให้ร่างกายเกิดการผ่อนคลายและสามารถลดความเครียด ในกรอบแนวคิดของการวิจัยนี้ ตัวแปรต้นได้แก่โปรแกรมการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1-2 ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ ความเครียดของนักศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (two group pretest-posttest design)

ขอบเขตของโครงการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ระยะเวลาการทำวิจัย ก.พ. 2568 – มิ.ย. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา จำนวนทั้งสิ้น 101 คน[9]

กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power[10] โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์ประกอบด้วย ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ .80 สำหรับขนาดอิทธิพล (effect size) ผู้วิจัยกำหนดค่าที่ .80 ซึ่งจัดเป็นขนาดอิทธิพลระดับสูง (large effect size) เนื่องจากยังขาดงานวิจัยในบริบทเดียวกันที่มีผลการศึกษาชัดเจน จากการคำนวณได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นไปได้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและข้อจำกัดของประชากร ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น กลุ่มละ 25 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 50 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก โดยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการทดลองดังนี้

การกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) กลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1) เป็นนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-4
2) ไม่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร (สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้เข้าใจ)
3) ความสมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา
4) มีสุขภาพแข็งแรงเพียงพอที่จะปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 ได้

การกำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) มีภาวะทางสุขภาพที่ขัดต่อการฝึก (เช่น อาการบาดเจ็บรุนแรงจนไม่สามารถยืนหรือนั่งนิ่งๆ ได้)
2) ไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการทำสมาธิแบบ SKT ท่าที่ 1 และ 2 ตามที่ผู้วิจัยแนะนำได้ถูกต้อง
3) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวจากการวิจัยด้วยความสมัครใจ
4) การตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ผลได้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการควบคุมปัจจัยกวน ที่อาจส่งผลต่อระดับความเครียดของนักศึกษา โดยกำหนดช่วงเวลาการเก็บข้อมูลให้อยู่ในช่วงที่นักศึกษาไม่มีภาระงานจากการสอบวัดผล และไม่มีกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่ต้องใช้แรงกายหรือความกดดันสูง เพื่อให้ผลลัพธ์จากการเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ปราศจากอคติ (Bias) จากปัจจัยภายนอกให้ได้มากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนประกอบด้วย

1) แบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ
2) แบบสอบถามส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสวนปรุงของกรมสุขภาพจิต (SPST - 20)[11] จำนวน 20 ข้อ โดยการประเมินระดับความเครียดในงานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดความเครียด SPST-20 ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งกำหนดการให้คะแนนแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ คือ ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด ระดับที่ 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย ระดับที่ 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง ระดับที่ 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก และระดับที่ 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด โดยผลรวมคะแนนทั้งหมดสามารถแปลผลออกเป็น 4 ระดับความเครียด ได้แก่ 0-23 คะแนน แสดงถึงความเครียดน้อย 24-41 คะแนน แสดงถึงความเครียดปานกลาง

42–61 คะแนน แสดงถึงความเครียดสูง และตั้งแต่ 62 คะแนนขึ้นไป แสดงถึงความเครียดรุนแรง เกณฑ์ดังกล่าวช่วยสะท้อนทั้งระดับความรู้สึกเครียดในแต่ละข้อและระดับความรุนแรงของความเครียดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง

3) แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามประสิทธิผลของการทำสมาธิแบบ (SKT-15) จำนวน 15 ข้อ พัฒนาเองโดยผู้วิจัย เป็นการประเมินประสิทธิผลหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1–2 เป็นการวัดผล โดยพิจารณาจากความถี่ของการปฏิบัติซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เกิดขึ้นทุกวัน บ่อยครั้ง (4–6 วันต่อสัปดาห์) บางครั้ง (1–3 วันต่อสัปดาห์) และไม่เคยเกิดขึ้นเลย คะแนนรวมที่ได้จากการประเมินถูกจัดลำดับเป็น 3 ระดับ คือ 15–35 คะแนน หมายถึงมีประสิทธิผลต่ำ 36–47 คะแนน หมายถึงมีประสิทธิผลปานกลาง และ 48–60 คะแนน หมายถึงมีประสิทธิผลสูง การจัดระดับดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องในการปฏิบัติสมาธิ ซึ่งสามารถนำมาใช้ตีความถึงผลของการฝึกสมาธิ SKT ต่อการเสริมสร้างการผ่อนคลายและการลดระดับความเครียดในกลุ่มตัวอย่างได้

เครื่องมือส่วนที่ 2 ได้แก่ การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2

โปรแกรมสมาธิบำบัด แบบ SKT หมายถึง การฝึกสมาธิตามเทคนิคของการปฏิบัติด้วยการควบคุม การหายใจ ซึ่งมีทั้งหมดด้วยกัน 9 ท่า สำหรับท่าที่เลือกใช้ในการศึกษา จะใช้ 2 ท่า คือ ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 โดยการทำโปรแกรมสมาธิบำบัด (SKT) ในกลุ่มทดลอง จะปฏิบัติต่อเนื่องทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที อาจแบ่งเป็น 2 รอบ เช้า เย็น ท่าละ 15 นาที ผู้วิจัยจะติดตามผ่านระบบออนไลน์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการปฏิบัติและความต่อเนื่องของการปฏิบัติสมาธิบำบัด

ขั้นตอนการปฏิบัติ ท่าที่ 1 (SKT 1) “นั่งผ่อนคลาย ประสานกายประสานจิต”

มีวิธีปฏิบัติดังต่อไปนี้ เป็นการนั่งหรือนอนปฏิบัติสมาธิด้วยการหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ และหายใจออกทางปากช้า ๆ

1) ถ้าหากนั่งให้หงายฝ่ามือทั้งสองข้างวางบนหัวเข่า ท่านอนหงาย ให้วางแขนข้างลำตัวหงายฝ่ามือขึ้นหรือคว่ำฝ่ามือไว้ที่หน้าท้อง
2) ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ สูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ช้า ๆ พร้อมกับนับ 1–5 กลั้นหายใจนับ 1–3 ช้า ๆ (3 วินาที) แล้วค่อย ๆผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1–5 อีกครั้ง ถือว่าครบ 1 รอบทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30–40 รอบ แล้วค่อยลืมตาขึ้นช้า ๆ
3) ให้ปฏิบัติวันละ 30 นาที อาจแบ่งเป็น 2 รอบ เช้า เย็น ท่าละ 15 นาที[12]

ขั้นตอนการปฏิบัติ ท่าที่ 2 (SKT 2) “ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต”

1) ยืนตรงในท่าที่สบาย สวมหรือไม่สวมรองเท้าก็ได้ แยกเท้าห่างเท่ากับช่วงไหล่ ถ้าสวมรองเท้าต้องเป็นรองเท้าแบน ค่อย ๆ หลับตาลงช้า ๆ
2) ค่อย ๆ ชูมือขึ้นเหนือศีรษะ ฝ่ามือสองข้างประกบกัน ต้นแขนแนบศีรษะ
3) สูดลมหายใจเข้าทางจมูก ลึก ๆ ช้า ๆ นับ 1–5 กลั้นหายใจนับ 1–3 ช้า ๆแล้วค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ พร้อมกับนับ 1–5 อีกครั้งถือว่าครบ 1 รอบ ทำซ้ำแบบนี้ทั้งหมด 30 รอบ แล้วค่อยลืมตาขึ้นช้า ๆ

4) ค่อยแยกฝ่ามือออกจากกันช้า ๆ แขนตรงและเหยียด ในท่าหงายฝ่ามือ ค่อย ๆ ลดระดับมือลง พร้อมกับลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไป 1 จังหวะนับ 1 ลดระดับแขนที่ยืดเหยียดและมือลงไปอีก 1 จังหวะ นับ 2 ค่อย ๆลดมือลงช้า ๆ พร้อมกับนับจังหวะไปเรื่อย ๆ จนถึง 30 ระดับมือลดลงมาระดับต้นขาพอดี คว่ำฝ่ามือชิดต้นขา ขยับมือและขา เท้า เล็กน้อยในท่ายืนตรง

5) ให้ปฏิบัติวันละ 30 นาที ให้ปฏิบัติวันละ 30 นาที[12]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามรายข้อ อยู่ระหว่าง .75 – .90

2. ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูล (try out) กับกลุ่มเป้าหมายที่คล้ายกับตัวอย่างจริง 40 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .83

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา หนังสือรับรองเลขที่ COA NO.169/2567 มีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีการชี้แจงข้อมูลก่อนการวิจัยและการขอความยินยอมก่อนการเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยยึดมั่นในหลักการสำคัญหลายประการ ได้แก่ การให้สิทธิ์แก่ผู้เข้าร่วมในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับ การให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้แสดงซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะการทำวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ในการยุติการเข้าร่วมได้ทุกเมื่อหากรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่ต้องการดำเนินการต่อ โดยสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผ่านการติดต่อทางออนไลน์ ได้แก่ การสนทนาผ่านวิดีโอ (video call) หรือการสื่อสารผ่านโปรแกรม Line ผู้วิจัยจะรักษาความลับของผู้เข้าร่วมอย่างเคร่งครัด โดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวใด ๆ สำหรับกรณีที่เกิดความรู้สึกในด้านลบขึ้นระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาให้คำแนะนำ และเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงแล้ว จะมีการจัดโปรแกรมสมาธิบำบัดให้แก่กลุ่มควบคุม โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการภายใน 1 สัปดาห์หลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูล โดยจัดการอบรมเรื่อง หลักการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 รูปแบบเดียวกับกลุ่มทดลอง จำนวน 1 วัน (6 ชั่วโมง) พร้อมมอบคู่มือและสื่อวิดีโอเพื่อการฝึกปฏิบัติต่อเนื่องด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมทุกฝ่ายได้รับประโยชน์จากการวิจัยนี้อย่างเท่าเทียมกัน

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1) ติดต่อขออนุญาตเก็บข้อมูลนักศึกษาจากกองบริการนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และ สาขาสาธารณสุขศาสตร์

2) ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการชี้แจงเรื่องรูปแบบการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย คำชี้แจงต่ออาสาสมัคร และ ใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ต่อกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3) การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์

3.1) สัปดาห์ที่ 1 กลุ่มควบคุมจะได้รับการทำแบบสอบถาม (ก่อนการทดลอง) โดยจะไม่ได้รับการสอนสมาธิบำบัด ผู้วิจัยได้กำหนดให้กลุ่มควบคุมได้รับการให้ความรู้ด้านสุขภาพทั่วไป (health education) ที่ไม่เกี่ยวข้องกับเทคนิคสมาธิบำบัด SKT เช่น การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารหรือการพักผ่อนที่เหมาะสมทั้งนี้ เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และเป็นการควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กับผู้วิจัยในระดับที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งจะช่วยยืนยันได้ว่าผลการทดลองที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลองนั้นมาจากการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT อย่างแท้จริง ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการทำแบบสอบถาม (ก่อนการทดลอง) และได้รับการสอนการทำสมาธิแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านตามโปรแกรมการวิจัยคือ ปฏิบัติต่อเนื่องทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน วันละ30 นาที อาจแบ่งเป็น 2 รอบ เช้า เย็น ท่าละ 15 นาที โดย ในการติดตามความต่อเนื่องของการปฏิบัติสมาธิบำบัดผ่านระบบออนไลน์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการผ่าน 2 กลไกหลัก เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความสม่ำเสมอ 1) สมุดบันทึกการปฏิบัติรายวันแบบดิจิทัล กำหนดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกเวลาที่เริ่มและสิ้นสุดการปฏิบัติในแต่ละวันผ่าน Google Forms ทุกวัน 2) การสนทนาผ่านวิดีโอ (Video Call) หรือการสื่อสารผ่านโปรแกรม Line เพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และให้ผู้เข้าร่วมวิจัย สาธิตย้อนกลับ (Return Demonstration) ใน SKT ท่าที่ 1 และ 2 เพื่อประเมินว่าผู้เข้าร่วมวิจัยยังคงปฏิบัติได้ถูกต้องตามเทคนิคมาตรฐานของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT หรือไม่

3.2) สัปดาห์ที่ 2-3 กลุ่มควบคุม ปฏิบัติตัวตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองผู้ช่วยวิจัยจะมีการติดตามการปฏิบัติและความต่อเนื่องของการปฏิบัติสมาธิบำบัด ผ่านระบบออนไลน์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

3.3) สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มควบคุม จะได้รับการทำแบบสอบถาม (หลังการทดลอง) ในวันสุดท้ายของสัปดาห์

4) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติ

5) ตรวจสอบความถูกต้อง รวบรวมผลการวิจัย อภิปรายผล และ สรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ การจัดการความเครียด ระดับความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) สถิติเชิงอนุมาน

2.1) เปรียบเทียบผลของการทำสมาธิบำบัดแบบSKTท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 ต่อระดับความเครียดของนักศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Independent Sample T-test

2.2) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเครียดก่อนและหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบSKT ท่าที่1 และ ท่าที่ 2 ของกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.00 ส่วนใหญ่ มีความเพียงพอของรายได้ เพียงพอต่อการใช้จ่ายอย่างประหยัด ร้อยละ 80.00 ส่วนใหญ่มีชั่วโมงการนอนต่อวัน 4-6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 56.00 ส่วน

ใหญ่มีชั่วโมงที่เครียด น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 72.00 ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.00 ส่วนใหญ่ความเพียงพอต่อรายได้ เพียงพอต่อการใช้จ่ายอย่างประหยัด ร้อยละ 68.00 ส่วนใหญ่มีชั่วโมงการนอนต่อวัน 4-6 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 52.00 ส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 1-2 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 44.00 ส่วนใหญ่มีชั่วโมงที่เครียด น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 60.00

ส่วนที่ 2 คะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความเครียดไม่แตกต่างกัน (p =.33) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง จาก SPST 20	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
ก่อนทดลอง	50.20±14.88	48.12±17.70	.45	.33
หลังทดลอง	41.72±13.29	51.08±14.96	2.34	.01

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 พบว่า มีระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ความเครียดของกลุ่มทดลอง SPST20	ก่อนการทดลอง(n=25)	หลังการทดลอง(n=25)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD		
	50.20±14.88	41.72±13.29	2.20	.02*

ส่วนที่ 4 ประสิทธิผลของการทำสมาธิแบบ SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 ของกลุ่มทดลอง

จากการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิผล 47.16 ± 7.56 ส่วนใหญ่มีระดับประสิทธิผลอยู่ที่ระดับสูง ร้อยละ 64.00 เมื่อพิจารณาประสิทธิผลของการทำสมาธิรายข้อพบว่า ประสิทธิผลของการทำสมาธิที่มีคะแนนมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1. รู้สึกมีสมาธิ ไม่ฟุ้งซ่านในการทำสมาธิ (3.32±.63) 2.รู้สึกมีความเครียดลดลงในระหว่างการทำสมาธิแบบ SKT (3.28±.80) และ 3. รู้สึกใช้เวลาอย่างมีประโยชน์ในการทำสมาธิ (3.24±.72) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประสิทธิผลของการทำสมาธิแบบ SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 ของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับประสิทธิผลของการทำสมาธิแบบ SKT ท่าที่ 1 และ 2 ของกลุ่มทดลอง	หลังทดลอง จำนวน (ร้อยละ)
ประสิทธิผลของการทำสมาธิสูง (48-60 คะแนน)	16 (64.00)
ประสิทธิผลของการทำสมาธิปานกลาง (36-47 คะแนน)	6 (24.00)
ประสิทธิผลของการทำสมาธิต่ำ (15-35 คะแนน)	3 (12.00)
ค่าเฉลี่ยคะแนน ($\overline{X}$ ± SD)	47.16 ± 7.56

อภิปรายผล

เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับผลของการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 ต่อระดับความเครียดในกลุ่มนักศึกษา ยังมีการศึกษาไม่มากในประเทศไทย คณะผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และทฤษฎีที่สอดคล้อง เพื่ออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเครียดหลังการปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาบ่งชี้ว่า การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 มีประสิทธิผลในการลดระดับความเครียดของนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีระดับความเครียดลดลงจากระดับสูงมาสู่ระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่มีระดับความเครียดเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัดแบบ SKT สามารถ ยับยั้งกลไกการเกิดความเครียดทางสรีรวิทยา ได้อย่างเป็นระบบ ผ่านกระบวนการจัดระเบียบร่างกายควบคู่กับการควบคุมลมหายใจ เพื่อปรับสมดุลการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) กล่าวคือ การฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 จะช่วยกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้ลดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลและนำร่างกายเข้าสู่ภาวะผ่อนคลาย เมื่อบูรณาการร่วมกับการเคลื่อนไหวในการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 2 ซึ่งช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และเพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงสมอง จึงก่อให้เกิดดุลยภาพระหว่างความสงบทางจิตใจและการผ่อนคลายทางร่างกาย[4] อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถบริหารจัดการภาวะความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Saiboonsri, Nantasenee, Deeprasert[13] ทำการศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการฝึกสมาธิบำบัดต่อความเครียดในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่เรียนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังเข้ารับโปรแกรมฯ เดือนที่ 3 ต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

สอดคล้องกับทฤษฎี SKT ของ Kantharadussadee[4] ซึ่งกล่าวว่า เทคนิค SKT ท่าที่ 1 และ 2 เหมาะสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการลดอาการต่าง ๆเหมาะกับผู้ที่ยังไม่ป่วย ผลการศึกษาที่พบว่าระดับความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มทดลอง สามารถอธิบายได้ด้วยกลไกทางสรีรวิทยาประสาทของการฝึกสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 (นั่งผ่อนคลายประสาท) และท่าที่ 2 (ยืนผ่อนคลายประสาท) ซึ่งมีจุดเน้นสำคัญอยู่ที่การควบคุมจังหวะการหายใจควบคู่กับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ Kantharadussadee[14] ได้อธิบายหลักการนี้ไว้ว่า การฝึกปฏิบัติในท่าที่ 1 และ 2 เป็นการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทพาราซิม

พาเทติก (parasympathetic nervous system) ผ่านทางเส้นประสาทเวกัสการหายใจเข้าลึกและยาวอย่างเป็นจังหวะจะส่งสัญญาณไปยังก้านสมองและไฮโปทาลามัส ซึ่งเป็นศูนย์กลางควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติ ส่งผลให้เกิดการยับยั้งการทำงานที่มากเกินไปของแกนไฮโปทาลามัส-พิทูอิตารี-อะดรีนัล (HPA axis) ผลลัพธ์ที่ตามมาคือการลดลงของการหลั่งฮอร์โมนความเครียด ได้แก่ คอร์ติซอล (cortisol) และอะดรีนาลีน (adrenaline) ในขณะเดียวกัน การเพ่งความสนใจไปที่ลมหายใจและการสัมผัสในขณะปฏิบัติท่า SKT ยังช่วยปรับคลื่นสมองจากคลื่นเบต้าที่มักพบในภาวะเครียด ให้เข้าสู่คลื่นอัลฟ่าซึ่งสัมพันธ์กับภาวะความสงบผ่อนคลายของร่างกายและจิตใจ[14] กระบวนการทางสรีรวิทยานี้จึงเป็นคำอธิบายที่ชัดเจนว่าเหตุใดการปฏิบัติ SKT ท่าที่ 1 และ 2 จึงส่งผลโดยตรงต่อการลดระดับความเครียดของผู้เข้าร่วมวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาถึงประสิทธิผลของสมาธิบำบัดแบบ SKT ในการลดระดับความเครียดและการจัดการภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาของ Kosum[8] ที่พบว่า การประยุกต์ใช้โปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยระดับความเครียดลดลง 4.86 คะแนน และระดับความดันโลหิตลดต่ำลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT มีประสิทธิภาพในการบำบัดความเครียดควบคู่ไปกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายนอกจากนี้ ผลการวิจัยยังได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของ Sodasri และ Chompoopan[15] ที่ได้นำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 ไปใช้ในการลดความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ ณ ตำบลกุดเพียขอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น โดยเปรียบเทียบในกลุ่มตัวอย่าง 94 ราย พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเครียดลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 5.79 คะแนน (95%CI =4.55-7.02) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<.001 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 เป็นเครื่องมือทางสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นและมีประสิทธิภาพสูง สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นโปรแกรมบำบัดเพื่อลดระดับความเครียดและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายได้อย่างเป็นรูปธรรม

2. เปรียบเทียบระดับประสิทธิผลของการทำสมาธิแบบ SKT ก่อนและหลังของกลุ่มทดลอง

ผลการประเมินประสิทธิผลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.00) มีระดับประสิทธิผลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 47.16 ± 7.56) ซึ่งเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบประเด็นที่น่าสนใจอย่างยิ่ง กล่าวคือ ผู้เข้าร่วมวิจัยให้คะแนนสูงสุดในด้านรู้สึกมีสมาธิและไม่ฟุ้งซ่าน (3.32 ± .63) รองลงมาคือ รู้สึกผ่อนคลายจากความเครียดในขณะปฏิบัติ (3.28 ± .80) และ รู้สึกว่าได้ใช้เวลาอย่างมีประโยชน์ (3.24 ± .72) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การทำสมาธิแบบ SKT ท่าที่ 1 และ ท่าที่ 2 มีจุดเด่นสำคัญคือการเป็น เครื่องมือช่วยเจริญสติทำให้เกิดสมาธิได้ การที่ผู้ปฏิบัติรู้สึกถึงการมีสมาธิเป็นอันดับแรก แสดงให้เห็นว่ากระบวนการกำหนดลมหายใจและการเคลื่อนไหวของ SKT สามารถดึงจิตให้อยู่กับปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกลไกตั้งต้นที่สำคัญในการลดภาวะความคิดฟุ้งซ่านอันเป็นสาเหตุหลักของความเครียด ส่งผลให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลายตามมาเป็นลำดับที่สอง นอกจากนี้ การที่ผู้เข้าร่วมวิจัยรับรู้ว่าการทำสมาธิเป็นการ ใช้เวลาอย่างมีประโยชน์ ยังบ่งชี้ถึง การยอมรับทางจิตวิทยา และทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งถือเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อความยั่งยืนในการนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้อย่างยั่งยืน

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลเชิงประจักษ์ของ การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 ในการลดระดับความเครียดของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องและช่วยตอกย้ำข้อค้นพบของ Chibsamanboon และ Suttineam[16] ที่ระบุว่าการฝึกสมาธิบำบัดแบบ SKT ส่งผลเชิงบวกต่อตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ โดยเฉพาะการลดระดับความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic อย่างต่อเนื่องในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ถึง 8 ของการทดลอง ($p < .01$) ในทัศนะของผู้วิจัย กลไกสำคัญของ การทำสมาธิบำบัดแบบ SKT คือการเพิ่มขีดความสามารถในการจัดการความเครียดผ่านกระบวนการปรับสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system) โดยการกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติกเพื่อยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกที่ตอบสนองต่อภาวะคุกคาม ส่งผลให้เกิดสภาวะผ่อนคลายในระดับลึก ซึ่งช่วยลดการหลั่งฮอร์โมนความเครียดและปรับอัตราการเต้นของหัวใจให้เข้าสู่สภาวะสมดุล กระบวนการนี้ส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์และการเผชิญปัญหาของนักศึกษา[4] สอดรับกับผลการทดลองที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับประสิทธิผลในการทำสมาธิระดับสูง ควบคู่ไปกับระดับความเครียดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในบริบทของปัญหาสุขภาพจิตในระดับอุดมศึกษา ผลการวิจัยนี้ยังมีความเชื่อมโยงอย่างมีนัยสำคัญกับ Namarak, Chankham, Buajaroen[17] ซึ่งทำการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างนักศึกษาร้อยละ 35.23 มีภาวะซึมเศร้า และ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมต่ำ และพบผลการทดสอบความสัมพันธ์ที่แปรผกผันกันระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Li YF, Sun WX, Sun XJ, et al.[18] ซึ่งพบว่า นักศึกษากลุ่มทดลองที่มีการทำสมาธิแบบเจริญสติ (Mindfulness Meditation) สามารถลดความวิตกกังวลและลดความเครียดได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการกำกับตนเอง เพื่อควบคุมและลดทอนปัจจัยเสี่ยงด้านความเครียดที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ปฏิบัติ การฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจะช่วยเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจ ทำให้นักศึกษาสามารถจัดการกับแรงกดดันจากการเรียนและการปรับตัวได้ดียิ่งขึ้นดังนั้น การนำการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT มาประยุกต์ใช้จึงมิใช่เพียงทางเลือกในการบรรเทาอาการเบื้องต้น แต่ถือเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกในการป้องกัน (primary prevention strategy) ที่ช่วยยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตที่ยั่งยืน ลดความเสี่ยงต่อความเครียดสูงและเรื้อรังอันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในระยะยาว

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาประกอบการแปลผล คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size) ในการศึกษามีจำนวนจำกัดและมีลักษณะเฉพาะเจาะจงกับบริบทของพื้นที่ศึกษา นอกจากนี้ การศึกษานี้เป็นการวัดประสิทธิผลในระยะสั้น ซึ่งวัดภายหลังการฝึกปฏิบัติสมาธิบำบัด SKT 4 สัปดาห์เท่านั้น ยังไม่สามารถยืนยันถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์ (sustainability) หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวได้ ผู้วิจัยตระหนักถึงข้อจำกัดด้านขนาดตัวอย่างและระยะเวลาในการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่ออำนาจในการทดสอบทางสถิติและการสรุปผลในวงกว้าง (generalizability) ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการอภิปรายถึงผลของโปรแกรมสมาธิบำบัด SKT ท่าที่ 1 และท่าที่ 2 ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความเครียดในเบื้องต้น เท่านั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนในเชิงประจักษ์ยิ่งขึ้น การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมความหลากหลายของประชากร และขยายกรอบเวลาในการติดตามผล (longitudinal study) เพื่อประเมินความคงทนของผลการบำบัดและประสิทธิผลของการฝึกปฏิบัติในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ท่าที่ 1 และ 2 ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มนักศึกษาสาขาต่าง ๆ หรือจัดเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตร และควรส่งเสริมให้มีการฝึกปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที สำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านเวลา สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการฝึกให้มีความยืดหยุ่น โดยแบ่งการฝึกเป็นช่วงสั้น ในช่วงเวลาที่สะดวก เช่น ก่อนเข้านอน หลังตื่นนอน หรือเวลาว่าง ครั้งละ 5 นาที สะสมให้ครบ 30 นาทีต่อวัน หรือฝึกอย่างน้อย 15 นาทีต่อวัน จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2. ควรศึกษาผลการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT ต่อสุขภาวะทางกายอื่น ๆ เช่น ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ภาวะอ้วน ในนักศึกษา เนื่องจากการทำสมาธิบำบัด อาจส่งผลต่อปัจจัยสุขภาพทางกายด้านอื่น ๆที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดได้

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผล (comparative study) ระหว่างชุดท่าปฏิบัติอื่น ๆ ในการทำสมาธิบำบัดแบบ SKT เช่น ท่าที่ 3 หรือ ท่าที่ 5 และ 7 ซึ่งเน้นการปรับสมดุลระบบประสาทอัตโนมัติในระดับที่ลึกขึ้น เพื่อศึกษาถึงความจำเพาะต่อการลดความเครียดในกลุ่มประชากรที่มีพยาธิสภาพหรือบริบททางสังคมที่แตกต่างกันได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยทุกท่าน ขอขอบคุณคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ที่อนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัย

References

1. World Health Organization. Mental health of adolescents [Internet]. 2024 [cited 5 August 2025]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. 5 easy tips to manage stress on your own [Internet]. 2021 [cited 6 August 2025]. Available from: https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30866. (in Thai)
3. Hfocus News Agency. Ten million Thais face mental health issues, with students experiencing ″stress and depression,″ leading to self-harm [Internet]. 2024 [cited 5 August 2025]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2 024/03/30088. (in Thai)
4. Kantharadussadee-Triamchaisri S. SKT Meditation: A new path to wellness [Internet]. 2013 [cited 6 August 2025]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=lPAPUhVq MHQ&t=391s. (in Thai)
5. Kantharadusdee-Triamchaisri S. Meditation practice SKT for depression and stress reduction [Internet]. 2018 [cited 13 August 2025]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=PC98_XuD_hs. (in Thai)
6. Department of Thai Traditional and Alternative Medicine. SKT meditation therapy [Internet].2021 [cited 14 July 2025]. Available from: https://thaicam.dtam.moph.go.th/skt-สมาธิบำบัด/.(in Thai)
7. Mahidol University. SKT meditation therapy: A new disease-free alternative [Internet]. 2013 [cited 6 August 2025]. Available from:https://channel.mahidol.ac.th/view/146/%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%98%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%

B8%B3%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%94%20SKT%20%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B9%83%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B9%88%E0%B9%84%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84. (in Thai)

8. Kosum T. The effectiveness of the SKT-integrated meditation program and dietary behavior change on blood pressure, sodium, and stress levels among hypertensive patients in Tambon Ban Sadet, Muang District, Lampang Province [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai Rajabhat University. 2020. (in Thai)
9. Educational services, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat university. Number of Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat university students. [e-document]. 2023. (in Thai)
10. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3:A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods. 2007;39(2):175-91.
11. Department of Mental Health. Suanprung Stress Test (SPST - 20) [Internet]. Bangkok: Department of Mental Health; [cited 6 August 2025].Available from: https://kkhos.moph.go.th/kkhos/data_office/SPST20.pdf. (in Thai)
12. Yaso T. SKT meditation practice for students (primary - secondary level) [Internet]. Division of Alternative Medicine, Department of Thai Traditional and Alternative Medicine; 2019 [cited 13 August 2025]. Available from: https://thaicam.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/12/การปฏิบัติสมาธิ-SKT-สำหรับเด็กนักเรียน-ประถมศึกษา---มัธยมศึกษา.pdf. (in Thai)
13. Saiboonsri U, Nantasenee S, Deeprasert A. The Effects of Group Cognitive Behavioral Therapy Program combined with Meditation on Stress among the Third Year Nursing Students Studying in Mental Health Promotion and Psychiatric Nursing Subject (Course) at Faculty of Nursing, Suan Dusit University. Journal of Health and Nursing Research. 2022:38(2);281-92. (in Thai)
14. Kantharadussadee-Triamchaisri S. Meditation Therapy for Health (SKT 1 - 7). Nonthaburi: Department for Development of Thai Traditional and Alternative Medicine, Ministry of Public Health. 2017. (in Thai)
15. Sodasri B, Chompoopan W. Effects of SKT 1 and 2 program on stress among older adults in Kut Pia Khom Subdistrict, Chonnabot District, Khon Kaen Province. Journal of Health and Nursing Research. 2023:39(3);53-62. (in Thai)
16. Chibsamanboon P, Suttineam U. Effects of the Somporn Kantaradusdi-Triamchaisri Technique 2 (SKT 2) on Blood Pressure Levels and Biochemical Markers. Journal of Boromarajonani College of Nursing. 2013:29(2);122-33. (in Thai)
17. Namarak R, Chankham W, Buajaroen H. The relationship between mental health literacy, resilience, and depression in students at Nakhon Pathom Rajabhat University. Journal of Nursing and Public Health Research. 2024:4(2);e265694. (in Thai)
18. Li YF, Sun WX, Sun XJ, et al. Effects of mindfulness meditation on anxiety, depression, stress, and mindfulness in nursing students: a meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials. Frontiers of Nursing. 2020:1;59-70.

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี

Effects of Applying the Planned Behavior Theory and Feedback on Noise Protection Behaviors among at-risk Personnel in Hospital, Suphanburi Province

นิชากร เย็นสบาย[1], สุวัฒนา เกิดม่วง[2], พรเลิศ ชุมชัย[3]

Nichakorn Yensabai[1], Suwattana Kerdmuang[2], Pornlert Chumchai[2]

[1]หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[3]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[2]Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[3]Boromarajonani College of Nursing, Phra Phutthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Suwattana Kerdmuang; Email: Suwattana_kerd@hotmail.com

Received: September 20, 2025 **Revised:** October 30, 2025 **Accepted:** November 28, 2025

บทคัดย่อ

การเพิ่มขึ้นของการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล จำเป็นต้องมีกลยุทธ์การป้องกันที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียง รูปแบบวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลก่อน-หลัง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 52 คน รวมทั้งสิ้น 104 คน โดยมีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือกิจกรรมตามโปรแกรมและการให้ข้อมูลย้อนกลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ t-tests ผลการศึกษาพบว่า หลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติ บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดังสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติ สิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถ ความตั้งใจในการมีพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้แนะว่าโรงพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ร่วมกับมาตรการด้านความปลอดภัย เพื่อการป้องกันอันตรายจากเสียงดังในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลย้อนกลับ; ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน; พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียง

Effects of Applying the Planned Behavior Theory and Feedback on Noise Protection Behaviors among at-risk Personnel in Hospital, Suphanburi Province

Nichakorn Yensabai[1], Suwattana Kerdmuang[2], Pornlert Chumchai[3]

[1]Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[2]Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[3]Boromarajonani College of Nursing, Phra Phutthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Suwattana Kerdmuang; Email: Suwattana_kerd@hotmail.com

Received: September 20, 2025 **Revised:** October 30, 2025 **Accepted:** November 28, 2025

Abstract

The rising prevalence of noise-induced hearing loss among hospital personnel requires effective and sustainable prevention strategies. This study aimed to examine the effects of a program that incorporated the theory of planned behavior and provided feedback on preventing noise hazards among at-risk personnel in a hospital located in Suphanburi province. The research utilized a two-group pretest-posttest quasi-experimental design, comprising a total of 104 participants—52 in the experimental group and 52 in the comparison group. Descriptive statistics and t-tests were employed for data analysis. The study found that after the program, the experimental group had significantly higher average scores in several areas, including attitudes, influences on behavior, motivation to perform specific behaviors, and actions related to noise hazard prevention, compared to their pre-program scores. When comparing the experimental group to the control group, the experimental group also showed significantly higher average scores in attitudes, motivation to engage in behaviors, perceived ability, behavioral intention, and noise hazard prevention behaviors. These findings of this study suggest that hospitals can effectively integrate this program with existing safety measures to enhance the prevention of occupational noise hazards among hospital personnel.

Keywords: feedback; planned behavior theory; noise protection behaviors

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคประสาทหูเสื่อมจากการสัมผัสเสียงดัง (noise induced hearing loss : NIHL) เกิดจากการสัมผัสเสียงดังต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานหลายปี ส่งผลให้ประสาทหูการได้ยินลดลง จนเกิดหูตึงในที่สุด ซึ่งปัจจุบันโรคนี้ยังไม่มีวิธีการรักษาที่จะทำให้หายกลับเป็นปกติได้เหมือนเดิม แต่สามารถทำการป้องกันได้[1] สาเหตุของการสูญเสียการได้ยินเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ เช่น จากการบาดเจ็บที่ศีรษะ การเกิดแผลไฟไหม้บริเวณหู การเกิดอุบัติเหตุจนเกิดการฉีกขาดของแก้วหู การเกิดการฉีกขาดของแก้วหูจากความกดอากาศ การสัมผัสกับสารเคมีที่มีพิษต่อหู รวมถึงการทำงานในสภาพแวดล้อมที่มีการสัมผัสเสียงดังทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นต้น แต่โดยทั่วไปสาเหตุการสูญเสียการได้ยินที่พบบ่อยที่สุด คือการสูญเสียการได้ยินแบบ sensory hearing loss โดยเกิดจากการได้รับสัมผัสกับเสียงดังที่เกิดจากสภาพแวดล้อมการทำงานเป็นระยะเวลานาน ๆ ติดต่อกัน จากสถานการณ์ภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังในประเทศไทย พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ข้อมูลจากกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยด้วยโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง จำนวน 2,695 ราย คิดเป็น 65.50 คน ต่อแสนประชากร ปี 2557 พบผู้ป่วยจำนวน 3,674 ราย คิดเป็น 93.96 คนต่อแสนประชากร ปี 2558 พบผู้ป่วยจำนวน 24,690 ราย คิดเป็น 99.72 คนต่อแสนประชากร และปี 2559 พบ ผู้ป่วยจำนวน 56,055 ราย คิดเป็น 115.19 คนต่อแสนประชากร[2] ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยโรคการได้ยินเสื่อมเหตุเสียงดัง จำนวน 48,139 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 79.91[3] และใน ปีพ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง จำนวน 836 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนรายเท่ากับ 1.82 โดยค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 5 ปี: พ.ศ. 2560–2564 จากรายงานของกรมควบคุมโรค (รวบรวมจาก HDC) ระบุว่า โรคประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง มีอัตราป่วยเท่ากับ .9 ต่อประชากร 100,000 คน

มลภาวะทางเสียงในโรงพยาบาลนับเป็นสิ่งคุกคามประเภทหนึ่งที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า มลพิษทางเสียงในโรงพยาบาลมีแหล่งกำเนิดมลพิษทางเสียงเกินมาตรฐานหลายจุดแต่การสัมผัสเสียงในจุดที่เกินระดับปลอดภัยมีลักษณะที่สัมผัสเสียงเป็นระยะเวลาสั้น ๆ จากการเปิดใช้เครื่องเป็นช่วง ๆ ไม่ได้ดังตลอดเวลา ได้แก่ เสียงขณะใช้เครื่องเจียรวัสดุฟันที่หน่วยทันตกรรม และเสียงใช้เครื่องล้างจานทำงานที่หน่วยโภชนาการ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์บางหน่วยงานจึงเป็นกลุ่มที่เสี่ยงที่มีโอกาสได้รับผลกระทบต่อสุขภาพหากสัมผัสเสียงดังในขณะปฏิบัติงาน โดยเป็นโรคประสาทหูเริ่มเสื่อมจากเสียง (registered hearing loss-RHL) และประสาทหูเสื่อมจากเสียง (NIHL)[4] ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น (pilot study) ของหน่วยงานอาชีวเวชกรรมของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า มีหน่วยงานที่สัมผัสเสียงดังตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอ (dBA) ขึ้นไป ใน 8 ชั่วโมงการทำงาน (time-weighted average: TWA) โดยมีการวัดเสียงจากแหล่งกำเนิดของเสียง จำนวนทั้งสิ้น 10 หน่วยงาน ประกอบด้วย หน่วยงานยานพาหนะ หน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานฯ หน่วยงานบำบัดน้ำเสีย ภาคสนาม หน่วยงานจ่ายกลาง หน่วยศัลยกรรมกระดูก หน่วยงานกายอุปกรณ์ หน่วยงานโภชนศาสตร์ หน่วยห้องผ่าตัด หน่วยงานประชาสัมพันธ์ และหน่วยงานทันตกรรม ซึ่งโรงพยาบาลมีการตรวจการได้ยินประจำปีให้กับบุคลากรกลุ่มเสี่ยง และมีการดำเนินการอำนวยความสะดวกในด้านของอุปกรณ์ป้องกันอันตรายเสียงให้กับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสเสียงดัง ตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอ (dBA) ขึ้นไป แต่บุคลากรกลุ่มเสี่ยงบางรายไม่ได้นำอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงมาใช้ในการป้องกันตนเองจากการปฏิบัติงานที่มีการสัมผัสเสียงดัง เนื่องจากบุคลากรยังไม่เห็นถึงอันตรายจากโรคประสาทหูเสื่อม และมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงที่ไม่

ถูกต้อง ส่งผลทำให้ยังมีบุคลากรบางแผนกมีผลการตรวจสมรรถภาพการได้ยินผิดปกติ โดยการศึกษาที่ผ่านมาของ Sathawaranon, Jitpoonkulsan and Buathongsri[5] ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียการได้ยินของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลกลาง ผลการศึกษาพบว่ามีเพียง ร้อยละ 11.5 ของบุคลากรที่ใส่อุปกรณ์ป้องกัน ตลอดเวลาปฏิบัติงาน และอีกร้อยละ 48.3 ไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันเลย สาเหตุคือ ส่วนใหญ่เคยชินกับสภาพแวดล้อมนั้นหรือ ไม่รู้สึกว่าเสียงดัง ซึ่งส่งผลให้มาตรการในการลดการสัมผัสเสียงด้วยวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เกิดจากความตั้งใจ 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen[6] กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคลากรให้ถูกต้องทำได้หลายวิธี เช่น การให้ความรู้ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การกำหนดนโยบาย การกระตุ้นเตือน การโค้ชและการใช้กลุ่มเพื่อน เป็นต้น ซึ่งเป็นการสร้างการยอมรับ เพิ่มความตระหนัก ส่งเสริมการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการอบรมให้ความรู้เพื่อสร้างทัศนคติต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง จึงต้องมีการจูงใจโดยคำนึงถึง ปัจจัยทางสังคม กลุ่มเพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน ร่วมด้วย[7] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียง การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการให้ความรู้และข้อมูลย้อนกลับส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในทิศทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามปัญหาเสียงในโรงพยาบาลมีการควบคุมที่ยาก เนื่องจากมีแหล่งกำเนิดของเสียงที่หลากหลาย รวมถึงมีข้อจำกัดด้านการออกแบบและการทำงาน โดยโรงพยาบาลต้องเปิดทำการตลอดเวลา ส่งผลให้มีการปรับปรุงโครงสร้างลดเสียงได้ยาก ดังนั้นการนำทฤษฎีจึงควรนำมาใช้กับผู้ปฏิบัติงานที่มีการสัมผัสเสียงดัง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของบุคลากร และสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงให้เกิดความยั่งยืนของความรู้ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง และพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ทัศนคติต่อพฤติกรรม (attitude toward behavior) หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังในด้านประโยชน์ และผลลัพธ์ของการป้องกันอันตรายจากเสียงดัง

2. การคล้อยตามกลุ่ม (subjective norm) หมายถึง แรงจูงใจต่อการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังที่สอดคล้องกับบุคคลสำคัญ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานที่เข้าร่วมกิจกรรม

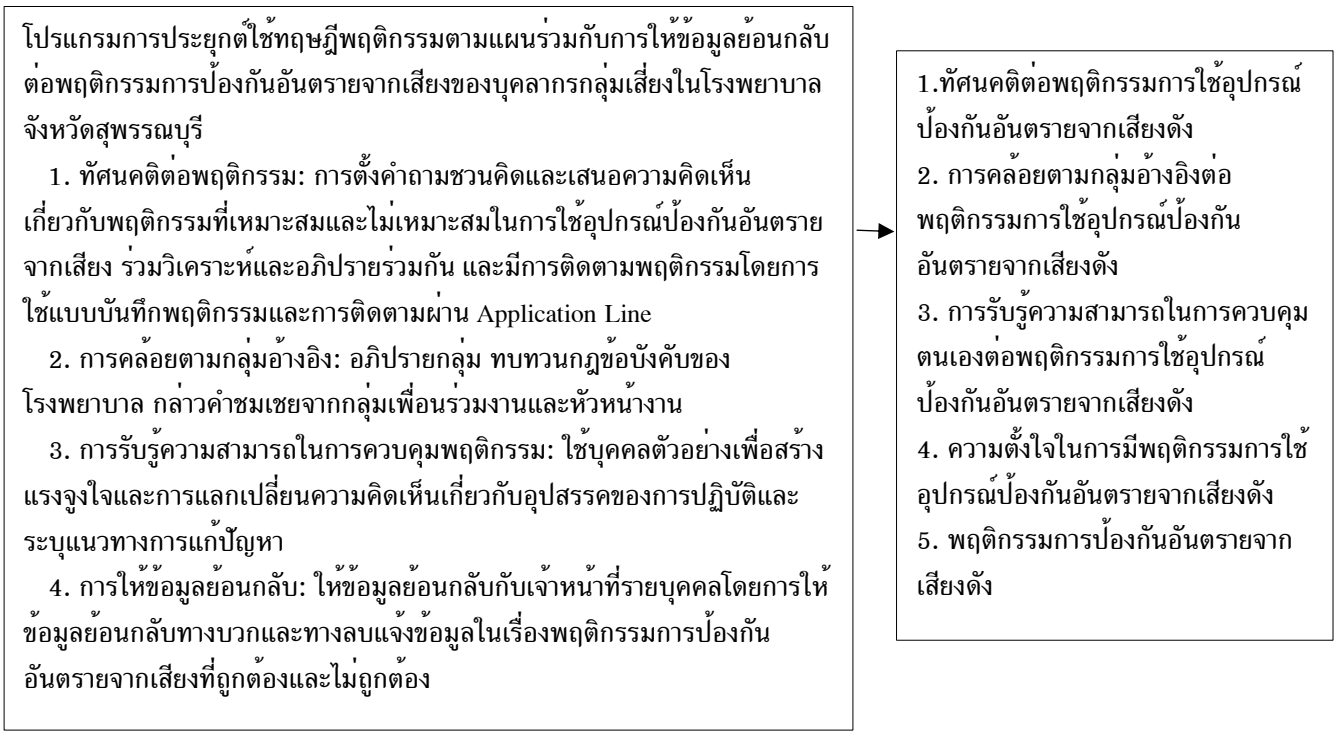
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง (perceived behavior control) หมายถึง ความมั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ทั้งในด้านความสม่ำเสมอของการใช้ วิธีการใส่ถูกต้อง ตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนใช้งาน รวมถึงการรักษาความสะอาด

4. ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง (intention toward behavior) หมายถึง ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง โดยใช้การบันทึกพฤติกรรมส่วนบุคคลในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังก่อนการปฏิบัติงานทุกครั้ง

5. พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่บุคคลกระทำในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังที่ทางโรงพยาบาลจัดไว้ให้ ซึ่งได้มาตรฐานในการป้องกันเสียงและพนักงานมีการปฏิบัติในการใช้ และเก็บรักษาที่ถูกต้อง คือใช้ทุกครั้ง และตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน วิธีการใส่ถูกต้อง ตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนใช้งาน รวมถึงการรักษาความสะอาดตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการทบทวนวรรณกรรมทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen[6] และการให้ข้อมูลย้อนกลับของ Tappen[7] ประกอบด้วย ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ผ่านรูปแบบการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งสามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการดำเนินงานวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest – posttest design)

ประชากร คือ บุคลากรกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง ตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอ (dBA) ขึ้นไป ใน 8 ชั่วโมงการทำงาน (ค่า TWA $\geq$ 85 dBA) ทั้งหมด 135 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง total sample size = 84 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 42 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (drop out) ไม่เกินร้อยละ 10 ซึ่งการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้หลักการ adjust for non-response[9] เพิ่มปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 52 คนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งสิ้น 104 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) ทำงานสัมผัสเสียงดัง ตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอ (dBA) ขึ้นไป ใน 8 ชั่วโมงการทำงาน (ค่า TWA $\geq$ 85 dBA) และ 2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนครบกำหนด 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ได้อย่างต่อเนื่อง และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสูญเสียการได้ยิน และโรคหูน้ำหนวก 2) มีการบาดเจ็บ หรือรับอุบัติเหตุรุนแรงที่หู และ 3) พนักงานที่อยู่ระหว่างลาปฏิบัติงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดจากเนื้อหาวิชาการ ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ครอบคลุมตามพฤติกรรมที่ต้องการวัด โดยมีการประยุกต์แบบสอบถามมาจาก Uddhabut[8] ซึ่งแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา แผนกการทำงาน ระยะเวลาการทำงานในแผนกและโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการทำงานที่มีการสัมผัสเสียงดัง และระยะเวลาในการพักระหว่างการทำงาน มีลักษณะคำถามแบบการเลือกตอบ และการเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะเป็นการวัดแบบลิเคริธ์ (Likert's scale) 5 ระดับ โดยมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 คะแนน, เห็นด้วย = 4 คะแนน, ไม่แน่ใจ = 3 คะแนน, ไม่เห็นด้วย = 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง (subjective norm) ซึ่งได้แก่ หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานอาชีวเวชกรรมประจำโรงพยาบาล และบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ ลูก สามีภรรยา เป็นต้น โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 3.1 แบบวัดบุคคลที่มีอิทธิพลในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะเป็นการวัดแบบลิเคริธ์ (Likert's scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มีอิทธิพลมาก = 3 คะแนน, มีอิทธิพลปานกลาง = 2 คะแนน และมีอิทธิพลน้อย = 1 คะแนน

ส่วนที่ 3.2 แบบวัดสิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นการวัดแบบลิเคริธ์ (Likert's scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยมาก = 3 คะแนน, เห็นด้วยปานกลาง = 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อย = 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นการวัดแบบลิเคริธ์ (Likert's scale) 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มั่นใจที่สุด = 3 คะแนน, มั่นใจบ้างจนถึงค่อนข้างมาก = 2 คะแนน และไม่มั่นใจเลย = 1 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง โครงสร้างแบบสอบถามการวัดเจตนาเชิงพฤติกรรมจำนวน 10 ข้อ มีค่าพิสัยที่เป็นไปได้เท่ากับ 0-10 คะแนน ข้อคำถามได้สร้างขึ้นตามหลักการสร้างข้อคำถามแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) 10 ระดับ

ส่วนที่ 6 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดัง จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะเป็นการวัดแบบลิเคริธ์ (Likert's scale) 5 ระดับ โดยมีทั้งข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ = 5 คะแนน, ปฏิบัติบ่อย = 4 คะแนน, ปฏิบัติปานกลาง = 3 คะแนน, ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ = 1 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาล จังหวัดสุพรรณบุรี โดยการศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการจัดโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงกลุ่มทดลอง จากนั้นกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายถึงกิจกรรมทั้งหมดที่ต้องดำเนินการ จากนั้นผู้วิจัยแจกแบบสอบถามก่อนการดำเนินกิจกรรม (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) และกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียง

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมแผนการเสริมสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง โดยกิจกรรมสร้างทัศนคติด้วยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของเสียงและโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานและการสัมผัสเสียงดัง จากนั้นให้ดูวีดีทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากเสียง จากนั้นให้แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ถึงความรุนแรงของโรคประสาทหูเสื่อมจากการสัมผัสเสียงดังร่วมกันให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงได้นำประสบการณ์ในอดีตของตนเองมาใช้ในการเรียนรู้ด้วย โดยในกิจกรรมนี้ใช้เวลาประมาณ 90 นาที

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงโดยจัดอภิปรายกลุ่มจากกรณีศึกษา ให้วิเคราะห์ อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับผลกระทบจากการสัมผัสเสียงดัง ยกตัวอย่างบุคคลต้นแบบ เช่น หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงาน ที่มีผลการตรวจการได้ยินปกติ และปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงได้ถูกต้องและกระชับ เพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มอ้างอิง กิจกรรมนี้ใช้เวลาประมาณ 40 นาที และกิจกรรมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ ประกอบสไลด์การนำเสนอและดูวีดีทัศน์ รวมถึงสาธิตเกี่ยวกับวิธีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงให้ถูกต้องและกระชับ ใช้เวลาในการบรรยายและสาธิตโดยประมาณ 45 นาที จากนั้นให้แบ่งกลุ่มเลือกบุคคลต้นแบบที่มีวิธีการปฏิบัติสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงได้ดี โดยเลือกจากบุคคลที่มีผลการตรวจการได้ยินอยู่ระหว่าง -10 ถึง 25 เดซิเบลที่ค่าเฉลี่ยการได้ยิน 500-2000 Hz มาเล่าประสบการณ์การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นปัจจัยที่เอื้อต่อการปฏิบัติการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมแผนความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ผู้วิจัยแจกสมุดบันทึกพฤติกรรม พร้อมอธิบายวิธีการจดบันทึกพฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงให้กับเจ้าหน้าที่กลุ่มทดลอง โดยให้บันทึกผลรายบุคคล จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการสอนวิธีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงให้กลุ่มทดลองอีกครั้ง กิจกรรมนี้ใช้เวลาประมาณ 40 นาที และผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามหลังการทดลอง

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องทั้งในทางบวกและทางลบ รวมถึงแบบบันทึกพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง โดยผู้วิจัยจะสรุปผลข้อมูลเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มทดลอง พร้อมให้ซักถามในประเด็นต่าง ๆ โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามหลังการได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง และแจกแบบสอบถามในกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังจากที่ได้รับแผ่นพับความรู้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยใช้การหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity Index: CVI) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความ

สอดคล้องอยู่ระหว่าง .80 – 1.00 และการหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดสอบ (try out) กับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จังหวัดนครปฐม จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า แบบวัดทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .747 แบบวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามบุคคลที่มีอิทธิพลในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .784 และ 2) แบบสอบถามสิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .818 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .917 แบบความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .902 และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดัง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .811

การดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัยจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. เมื่อได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช โดยมีเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงทั้งหมด 104 คน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจะไม่อยู่ในแผนกเดียวกัน เพื่อปกปิดข้อมูลระหว่างกลุ่ม

3. ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามก่อนการให้โปรแกรม อธิบายการให้โปรแกรมในแต่ละสัปดาห์และดำเนินการให้โปรแกรมตามแผนกิจกรรมต่าง ๆ

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม

5. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและแปลผล เพื่อรายงานผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ความแตกต่างเชิงคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และใช้สถิติวิเคราะห์ด้วยค่า chi square

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการให้โปรแกรมของกลุ่มทดลองด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และใช้สถิติวิเคราะห์ด้วยค่า paired – sample t-test และวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังให้โปรแกรมด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติและใช้สถิติวิเคราะห์ด้วยค่า independent samples t- test ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยค่า Shapiro-Wilk เพื่อทดสอบการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP 2568 – 028 วันที่รับรอง 22 พฤษภาคม 2568 และโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ YM019/2568 วันที่รับรอง 14 กรกฎาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชายและเพศหญิง (ร้อยละ 76.92 และร้อยละ 63.46 ตามลำดับ) จบการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. มากที่สุด(ร้อยละ 50 และร้อยละ 40.38 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ทำงานในหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานฯ คิดเป็นร้อยละ 38.46 รองลงมา หน่วยจ่ายกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.77 ในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ทำงานในหน่วยงานทันตกรรม คิดเป็นร้อยละ 51.92 รองลงมา หน่วยงานยานพาหนะ คิดเป็นร้อยละ 25.00 โดยมากกว่าครึ่งปฏิบัติงานในแผนกน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 59.62 และ ร้อยละ 36.54 ตามลำดับ)
ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีประวัติการเจ็บป่วยหรือได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 100.00 โดยในกระบวนการทำงานมีการสัมผัสเสียงดังโดยตรง มากที่สุด (ร้อยละ 76.92 และร้อยละ 92.31 ตามลำดับ) ซึ่งใช้ระยะเวลาในการสัมผัสเสียงดังมากถึง 7-8 ชั่วโมง (ร้อยละ 30.77 และร้อยละ 48.08 ตามลำดับ)

เมื่อเปรียบเทียบคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานโรงพยาบาล ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาการทำงานที่มีการสัมผัสเสียงดัง และระยะเวลาในการพักระหว่างการทำงาน ไม่แตกต่างกัน (p>.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลส่วนบุคล	กลุ่มทดลอง (n=52)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=52)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการทำงานในโรงพยาบาล				
น้อยกว่า 5 ปี	29	55.77	22	42.31
5-15 ปี	11	21.15	16	30.77
16 ปีขึ้นไป	12	23.08	14	26.92
			x^2=2.041	df=2 p =.360
ประวัติโรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	39	75.00	39	75.00
มีโรคประจำตัว	13	25.00	13	25.00
			x^2= .000	df=1 p =1.000
ระยะเวลาการทำงานที่มีการสัมผัสเสียงดัง				
1-2 ชั่วโมง	15	28.85	6	11.54
3-4 ชั่วโมง	11	21.15	6	11.54
5-6 ชั่วโมง	10	19.23	14	26.92

ข้อมูลส่วนบุคล	กลุ่มทดลอง (n=52)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=52)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตั้งแต่ 7 ชั่วโมงขึ้นไป	16	30.77	26	50.00
			x^2=8.970 df=3	p =.062
ระยะเวลาในการพักระหว่างการทำงาน				
ไม่มี	9	17.31	16	30.77
มี	43	82.69	36	69.23
			x^2=2.580 df=1	p =.108

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง พบว่า หลังให้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง สิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดังสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังให้โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง สิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดังไม่แตกต่างกับก่อนให้โปรแกรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังให้โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=52)		หลังการทดลอง (n=52)		Mean difference	SD	Paired t-test	95%CI	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD					
1. ทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง									
กลุ่มทดลอง	30.02	2.941	31.06	2.927	-1.04	3.49	-2.144	-2.0 ถึง -.1	.037*
กลุ่มเปรียบเทียบ	27.04	2.897	26.83	2.820	.21	1.30	1.170	-.2 ถึง .6	.247
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง									
2.1 บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง									
กลุ่มทดลอง	8.71	2.404	9.75	1.570	-1.04	2.88	-2.597	-1.8 ถึง -.2	.012*
กลุ่มเปรียบเทียบ	8.90	2.061	9.42	3.345	-.52	3.09	-1.212	-1.4 ถึง .3	.231

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=52)		หลังการทดลอง (n=52)		Mean difference	SD	Paired t-test	95%CI	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD					
2.2 สิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง									
กลุ่มทดลอง	13.77	2.323	14.69	2.397	-.92	2.94	-2.267	-1.7 ถึง -.1	.028*
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.73	3.043	12.65	3.155	.08	2.50	0.222	-.6 ถึง .8	.825
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง									
กลุ่มทดลอง	22.89	4.110	24.00	3.597	-1.12	5.28	-1.523	-2.6 ถึง -.4	.134
กลุ่มเปรียบเทียบ	20.31	4.085	20.46	4.667	-.15	3.31	-0.335	-1.1 ถึง .8	.739
4. ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง									
กลุ่มทดลอง	52.98	11.686	54.12	10.997	-1.14	15.17	-0.539	-5.4 ถึง 3.1	.592
กลุ่มเปรียบเทียบ	42.89	17.668	42.77	17.845	.12	10.83	0.077	-2.9 ถึง 3.1	.939
5. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดัง									
กลุ่มทดลอง	46.98	6.927	52.02	7.630	-5.04	10.75	-3.381	-8.0 ถึง -2.1	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	37.27	12.153	38.65	12.364	-1.39	7.09	-1.408	-3.4 ถึง .6	.165

3. ผลการทดสอบของผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

หลังให้โปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง สิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบของผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง n=52		กลุ่มเปรียบเทียบ n=52		Mean difference	Independent t-test	95%CI	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
1. ทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง								
ก่อนการทดลอง	30.02	2.941	27.04	2.897	2.98	5.207	1.8 ถึง 4.1	<.001*
หลังการทดลอง	31.06	2.927	26.83	2.820	4.23	7.507	3.1 ถึง 5.4	<.001*
2. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง								
2.1 บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง								
ก่อนการทดลอง	8.71	2.404	8.90	2.061	-.19	-.438	-1.1 ถึง .7	.662
หลังการทดลอง	9.75	1.570	9.42	3.345	.33	.638	-.7 ถึง 1.4	.526
2.2 สิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง								
ก่อนการทดลอง	13.77	2.323	12.73	3.043	1.04	1.956	-.0 ถึง 2.1	.053
หลังการทดลอง	14.69	2.397	12.65	3.155	2.04	3.709	1.0 ถึง 3.1	<.001*
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง								
ก่อนการทดลอง	22.89	4.110	20.31	4.085	2.58	3.207	1.0 ถึง 4.2	<.001*
หลังการทดลอง	24.00	3.597	20.46	4.667	3.54	4.330	1.9 ถึง 5.2	<.001*
4. ความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง								
ก่อนการทดลอง	52.98	11.686	42.89	17.668	10.10	3.437	4.3 ถึง 15.9	<.001*
หลังการทดลอง	54.12	10.997	42.77	17.845	11.35	3.903	5.6 ถึง 17.1	<.001*
5. พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดัง								
ก่อนการทดลอง	46.98	6.927	37.27	12.153	9.71	5.006	5.9 ถึง 13.6	<.001*
หลังการทดลอง	52.02	7.630	38.65	12.364	13.37	6.634	9.4 ถึง 17.4	<.001*

อภิปรายผล

1. หลังได้รับโปรแกรม ทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง สิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดังมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนให้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องจากก่อนให้โปรแกรมกลุ่มทดลองไม่ได้รับโปรแกรมหรือกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีเพียงแต่การตอบแบบสอบถาม แต่หลังจากให้โปรแกรมกลุ่มทดลองได้ร่วมกิจกรรมการสร้างทัศนคติด้วยการบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากเสียงและโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานและการสัมผัสเสียงดัง อีกทั้งยังมีการให้ดูวิดีทัศน์เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากเสียง โดยกลุ่มทดลองได้มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองมีทัศนคติที่ดีขึ้นหลังให้โปรแกรม อีกทั้งการมีบุคคลต้นแบบในด้านของการปฏิบัติพฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่ถูกต้อง มีการสาธิตวิธีการสวมใส่ที่ถูกต้อง ดังนั้นจึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง สิ่งจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดังสูงกว่าก่อนให้โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Rittideah, Kalampakorn

and Suwan-ampai[10] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของพนักงานบริษัทอุตสาหกรรมปิโตรเคมีแห่งหนึ่ง จังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองโปรแกรมให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันอันตรายจากเสียง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียง และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

2. หลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง ด้านความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง และพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดังของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่กล่าวไว้ว่า ทัศนคติต่อพฤติกรรม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมส่งผลต่อพฤติกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมหลังให้โปรแกรมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบรรยายให้ความรู้ การสาธิตวิธีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง การได้รับอิทธิพลจากกลุ่มตัวอย่าง หรือการยกตัวอย่างสถานการณ์ในการหาแนวทางการแก้ไข ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงที่ถูกวิธีโดยสอดปลั๊กอุดหูเข้าไปในรูหูตรงๆ จนแน่นกระชับกับรูหูอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=3.98, SD=.939) แต่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$=2.33, SD=1.264) และสวมใส่ปลั๊กอุดหูโดยใช้มือฝั่งตรงข้ามอ้อมผ่านหลังศีรษะแล้วดึงใบหูไปด้านหลัง และใช้มืออีกข้างจับปลั๊กอุดหูค่อยๆ ดันเข้าไปในช่องหูตรงๆ จนกระชับพอดีกับช่องหูอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=3.96, SD=1.252) แต่กลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$=2.25, SD=1.186) และระดับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังหลังให้โปรแกรมของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=4.00, SD=.587) และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=2.97, SD=.951) ดังนั้นจึงส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงดังของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Laokae, Phanprasit, Sujirarat and Vatanasomboon[11] ที่ศึกษาประสิทธิผลโครงการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินในคนงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตแบตเตอรี่ ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโครงการผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ปกป้องการได้ยินเพิ่มขึ้นร้อยละ 36.55 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Kaewpuang, Kulrat, Ruangsamran, Namprom and Srimee[12] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยิน ต่อความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ในบุคลากรโรงพยาบาลสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง ก่อนและหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Maitree, Sae-Jia and Chanklom[13] ที่พบว่าพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลที่ใช้ทุกครั้งที่สัมผัสเสียงดังมี

ความเกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะสูญเสียการได้ยินอย่างมีนัยสำคัญ โดยช่วยลดโอกาสเกิดภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง .65 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง แสดงให้เห็นว่าระดับเสียงที่ได้รับสัมผัสที่ลดลง ทำให้เกิดภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังลดลง ดังนั้นการเน้นย้ำให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังทุกครั้งที่สัมผัสเสียงดัง จึงมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดภาวะสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง[14] ในส่วนของปัจจัยด้านบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และไม่สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังของสังคมที่มีผลต่อบุคคล ซึ่งเป็นได้ทั้งกลุ่มคนใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น เช่น พ่อ แม่ ลูก สามี ภรรยา เป็นต้น หรือกลุ่มเพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชาในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใด ๆ หากบุคคลมีการประเมินว่ากลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต้องการให้แสดงพฤติกรรม แนวโน้มที่พฤติกรรมจะถูกแสดงออกจะเพิ่มมากขึ้น ในทางกลับกันบุคคลจะไม่แสดงพฤติกรรม ถ้าเกิดการรับรู้ว่ากลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลไม่ต้องการให้มีการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงมีระดับคะแนนเฉลี่ยรวมด้านบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=2.44, SD=.393) และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับคะเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=2.36, SD=.836) เช่นกัน จึงส่งผลให้บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเดือน ฤทธิเดช, สุรินธร กลัมพากร และเพลินพิศ สุวรรณอำไพ[10] ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากเสียงของพนักงานบริษัทอุตสาหกรรมปิโตรเคมีแห่งหนึ่ง จังหวัดระยอง ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองโปรแกรมให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1. โรงพยาบาลควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และรณรงค์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักและทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับอันตรายจากเสียงและความสำคัญของการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง

2. เสริมสร้างบทบาทหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานในฐานะบุคคลต้นแบบด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานที่เกิดจากเสียงดัง โดยส่งเสริมให้มีการปฏิบัติและกระตุ้นเตือนการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงอย่างสม่ำเสมอ

3. โรงพยาบาลควรมีการจัดระบบการให้รางวัลหรือการยกย่องชมเชย เพื่อสร้างแรงกระตุ้นให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีความต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง

4. โรงพยาบาลควรมีการสร้างข้อตกลงร่วมกันให้กับเจ้าหน้าที่กลุ่มเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง พร้อมทั้งใช้การติดตามผลการปฏิบัติ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เพิ่มขึ้น

5. โรงพยาบาลควรมีการอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงที่มีคุณภาพและเหมาะสม พร้อมทั้งจัดให้มีระบบการตรวจสอบอุปกรณ์และประเมินผลการใช้งานอย่างต่อเนื่องด้วยการทดสอบความกระชับของการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. จากการดำเนินงานวิจัย การทดลองในระยะเวลา 4 สัปดาห์อาจไม่เพียงพอต่อการประเมินผลพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งขาดการติดตามประเมินผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลด้านพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงอย่างต่อเนื่อง

2. การวิเคราะห์ความแตกต่างเชิงคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อมีการทดสอบด้วยค่า chi square พบว่ามีบางปัจจัยที่มีความแตกต่างในลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งอาจจำเป็นต้องใช้สถิติ ANCOVA (analysis of covariance) ในการควบคุมตัวแปร

3. การให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) กับกลุ่มทดลองซึ่งเป็นหัวหน้างานและผู้ร่วมงานในเรื่องพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียง ซึ่งภายหลังที่มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผู้วิจัยอาจยังขาดเรื่องของการติดตามข้อมูลย้อนกลับจากหัวหน้างานในการติดตามพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานหรือหัวหน้างานมีการดำเนินกิจกรรมใดบ้างหลังจากได้รับข้อมูลย้อนกลับของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการออกแบบการศึกษาในระยะติดตามผล เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

2. ควรมีการใช้สถิติที่เหมาะสมในการควบคุมตัวแปรเพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างเชิงคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

3. ควรมีการติดตามพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติงานหรือหัวหน้างานหลังจากได้รับข้อมูลย้อนกลับของผู้ปฏิบัติงาน

References

1. Ekburanawat W. Compilation of academic slides on occupational medicine [Internet]. 2017 [cited 2025 Jan 2]. Available from: https://www.summacheeva.org/slide?utm_ source= chatgpt.com
2. Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual report 2015 [Internet]. 2015 [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1319220220921075430.pdf
3. Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual Report 2017. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2018. (in Thai)
4. Wongwattana P, Khuancharee K, Seeherunwong A, Ouypornkochagorn T. Hearing capacity and noise hazard preventive behaviors: A study of the audiograms in high-risk healthcare workers of noise-induced hearing loss. J Med Health Sci. 2022:29(2);114-25. (in Thai)
5. Sathawaranon M, Jittpoonkuson T, Buathongsri K. Incidence and risk factors of noise-induced

hearing loss among occupational noise exposure personnel in Bangkok metropolitan administration general hospital. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. 2022:66(1);59-68. (in Thai)
6. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process. 1991;50:179-211.
7. Panom Ketumarn. Feedback [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 20]. Available from: https://shorturl.asia/LbQ6E
8. Udtabud J. Effects of a program applying the theory of planned behavior and ear fit test feedback on hearing protection use behavior among workers in auto part manufacturing industry [Master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2024. (in Thai)
9. Chaimay B. Sample Size determination in descriptive study in public health. Thaksin J. 2013: 16(2);9-18. (in Thai)
10. Rittideah D, Kalampakorn S, Suwan-ampai P. Effects of applying the planned behavior theory and feedback on noise protection behaviors among workers in petrochemical industry, Rayong province. Journal of Public Health Nursing. 2017:31(1);90-109. (in Thai)
11. Laokae S, Phanprasit W, Sujirarat D, Vatanasomboon P. The Effectiveness of a behavioral promoting program of using hearing protection devices among battery factory workers. Thai Journal of Health Education.2021:44(1);140-51. (in Thai)
12. Kaewpuang O, kulrat P, Ruangsamran A, Namprom S, Srimee P. The Effectiveness of a behavioral promoting program of prevention noise induce hearing loss of knowledge health belief model and behavioral prevention of noise induce hearing loss among Surin hospital personnel. Journal of Health Promotion and Environmental Health.2024:1(3);188-202. (in Thai)
13. Maitree J, Sae-Jia T, Chanklom P. Prevalence and factors associated with noise-induced hearing lossamong noise-exposed workers in Chonburi hospital. Dis Control J. 2023:49(2); 441-53. (in Thai)
14. Zhou J, Shi Z, Zhou L, et al. Occupational noise-induced hearing loss in China: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2020;10:e039576. doi: 10.1136/bmjopen-2020-039576

ผลของโปรแกรม U-Care ต่อการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

The Effects of the U-Care Program on Caregivers' Infection Prevention Practices and the Incidence of Urinary Tract Infections among Patients with Indwelling Urinary Catheters

จิรายุ สุพรรณผิว[1], ธนัทภัทร ศรีอุดร[1]
Jirayu Supunpiw [1], Thanatphat Sriudon[1]
[1]โรงพยาบาลอาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด
[1]At Samat Hospital, Roi Et Provincial
Corresponding author; Jirayu Supunpiw; Email: jirayu241128@gmail.com
Received: January 16, 2026 **Revised:** February 26, 2026 **Accepted:** March 9, 2026

บทคัดย่อ

การปฏิบัติของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะโดยตรง การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม U-Care ต่อการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 3 เดือน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยฯ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ .91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ Independent t-test, Mann-Whitney U test, Wilcoxon Signed Ranks test, Chi-square test และ Fisher's exact test หลังจากการนำโปรแกรม U-Care ไปใช้ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยฯ ในภาพรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยฯ ของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะมีอัตราร้อยละ 3.33 หรือ .37 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม U-Care สามารถนำมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การป้องกันการติดเชื้อ; ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ; อุบัติการณ์การติดเชื้อ

The Effects of the U-Care Program on Caregivers' Infection Prevention Practices and the Incidence of Urinary Tract Infections among Patients with Indwelling Urinary Catheters

Jirayu Supunpiw[1], Thanatphat Sriudon[1]
[1]At Samat Hospital, Roi Et Provincial
Corresponding author: Jirayu Supunpiw; Email: jirayu241128@gmail.com
Received: January 16, 2026 **Revised:** February 26, 2026 **Accepted:** March 9, 2026

Abstract

Caregivers' practices play a critical role in preventing infections and reducing infection incidence among patients with indwelling urinary catheters. This quasi-experimental study aimed to investigate the impact of the U-Care Program on caregivers' preventive practices and the incidence of urinary tract infections (UTIs) in patients with indwelling catheters. The participants were home-based caregivers of patients with indwelling urinary catheters. A total of 60 caregivers were allocated into an experimental group (n=30), which received the U-Care Program for three months, and a control group (n=30), which received standard care. Data were collected using a caregiver practice questionnaire for UTI prevention, with a reliability coefficient (Cronbach's alpha) of .91. Data were analyzed using descriptive statistics, an independent t-test, a Mann-Whitney U test, a Wilcoxon signed-rank test, a Chi-square test, and a Fisher's exact test. The results showed that after implementing the program, the experimental group had significantly higher overall mean scores for preventive practices than both their baseline scores and the control group. Furthermore, the incidence of UTIs in the experimental group was significantly lower than that in the control group, with an infection rate of 3.33% or .37 episodes per 1,000 catheter-days. These findings suggest that the U-Care Program is effective in improving caregivers' preventive practices and reducing the incidence of UTIs among patients with indwelling urinary catheters.

Keywords: infection incidence; infection prevention; patients with indwelling urinary catheters

ความเป็นมาและความสำคัญ

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (Catheter-Associated Urinary Tract Infection: CAUTI) เป็นหนึ่งในห้าประเภทของการติดเชื้อที่พบบ่อยที่สุดในโรงพยาบาล หรือประมาณร้อยละ 9.5 ของการติดเชื้อเฉียบพลันทั้งหมดในโรงพยาบาล โดยประมาณร้อยละ 12-16 ของผู้ป่วยในจะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะในระหว่างการรักษาพบว่า แต่ละวันที่ผู้ป่วยยังคงใส่สายสวนจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในการเกิด CAUTI ร้อยละ 3-7 ต่อวัน การติดเชื้อดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด ไตอักเสบ หรือเยื่อบุหัวใจอักเสบ เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงเพิ่มระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต โดยมีรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 13,000 รายที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ทั้งนี้แนวทางปฏิบัติในการป้องกัน CAUTI ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) และเครือข่ายความปลอดภัยด้านสุขภาพแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Healthcare Safety Network: NHSN) ให้ความสำคัญกับการหลีกเลี่ยงการใส่สายสวนโดยไม่จำเป็น การถอดสายสวนทันทีเมื่อไม่จำเป็น การล้างมือที่เหมาะสม และการดูแลบริเวณสายสวนอย่างเคร่งครัด[1]

อุบัติการณ์การติดเชื้อในโรงพยาบาลของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2565-2566 มีอัตราเท่ากับ 1.50 ครั้งต่อพันวันนอน และลดลงเล็กน้อยเหลือ 1.46 ครั้งต่อพันวันนอนในปี พ.ศ. 2567 เมื่อพิจารณาการติดเชื้อในโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2567 พบว่ากลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงสุดร้อยละ 54[2] ขณะที่การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะเขตพื้นที่อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ. 2565-2567 โดยมีอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้นจาก 1.31 ครั้งต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เป็น 2.37 ครั้งต่อพันวันคาสายสวนปัสสาวะในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567[3] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการควบคุมการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะในผู้ที่คาสายสวนปัสสาวะและกลับไปอยู่บ้าน โดยเฉพาะในบริบทของการดูแลที่บ้านที่อาจมีการติดตามที่ยังไม่ทั่วถึง ส่งผลให้การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีช่องว่างด้านความรู้และทักษะของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการสอนแนะ และพัฒนาทักษะผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน[4] และผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ[5] ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการสอนแนะ หรือโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะส่งผลต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะโดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องและลดภาระของการติดเชื้อของผู้ป่วยอย่างยั่งยืน

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ[6-8] ประกอบด้วย ประวัติการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา เพศ โรคหัวใจวาย โรคเบาหวาน โรคร่วมทางไต การติดเชื้อบริเวณอื่นของร่างกาย การใส่สายสวนปัสสาวะซ้ำ และจำนวนวันที่คา

สายสวนปัสสาวะ นอกจากนั้นการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติหลาย ๆ วิธีเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะที่บ้าน เช่น การพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะ และโปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ[4-5, 9-11] พบว่า หลังจากที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีความรู้หรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะหัวหน้างานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลางของโรงพยาบาลอาจสามารถต้องการศึกษาการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านในบริบทของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วยการนำเทคโนโลยีการสื่อสาร เช่น แอปพลิเคชัน LINE Official มาใช้ในกระบวนการวิจัยของโปรแกรม U-Care ซึ่งเกิดจากการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการป้องกัน CAUTI กับแนวคิดการสนับสนุนผู้ดูแล และนำเทคโนโลยีการสื่อสารตามข้างต้นมาใช้เป็นกลไกเสริม เพื่อเชื่อมต่อการเรียนรู้จากการสอนแบบครั้งเดียวสู่การติดตามอย่างต่อเนื่อง อาจเป็นแนวทางหนึ่งที่เหมาะสม ทันสมัยและสอดคล้องกับพฤติกรรมผู้ใช้งานในปัจจุบันที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว สะดวก และต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้การประเมินผลติดตามพฤติกรรม และการให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพแบบทันเวลา สำหรับใช้ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในชุมชนและบูรณาการเครือข่ายในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อที่ต้องนำมาปฏิบัติอย่างเข้มงวดและสม่ำเสมอในการลดอัตราการติดเชื้อ ลดอัตราการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดต่อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม U-Care ต่อการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

สมมติฐานการวิจัย

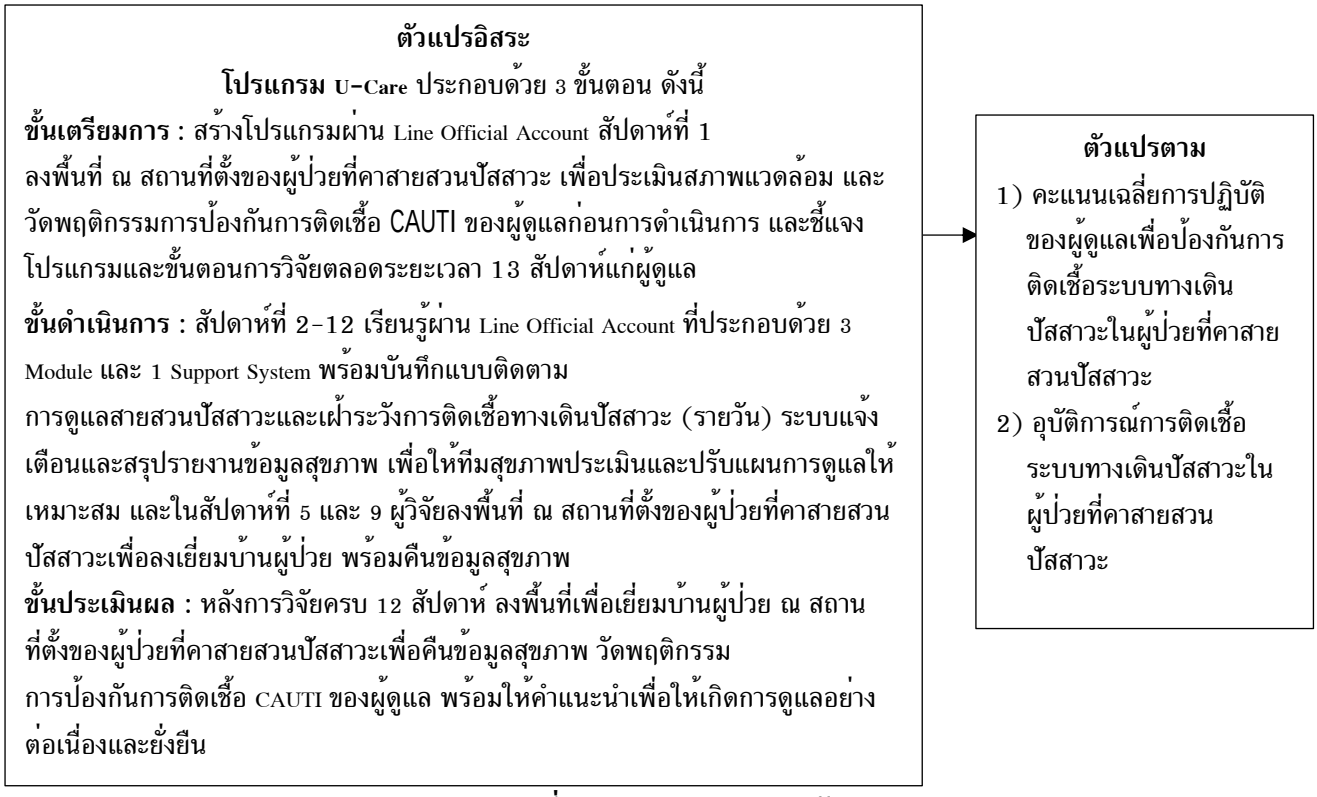
1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม U-Care กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม U-Care กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม U-Care กลุ่มทดลองมีการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรม U-Care ต่อการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ จากการสังเคราะห์แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)[12] แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล[13] แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พ.ศ. 2568[14] และคู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล[15] เพื่อพัฒนาและจัดทำแนวปฏิบัติขั้นตอนตามมาตรฐานที่เป็นระบบ ครอบคลุมการประเมินความเสี่ยง การดูแล และการเฝ้าระวังอาการแก่ผู้ดูแลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยโปรแกรมดังกล่าวมุ่งเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และความตระหนักรู้ของผู้ดูแลผ่านการติดตามและสื่อสารด้านสุขภาพโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับการสนับสนุนจากพยาบาลวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างเหมาะสมซึ่งคาดว่าจะช่วยลดความเสี่ยงและอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ และดำเนินการติดตามทั้งในรูปแบบ Online และ Onsite ณ สถานที่ตั้งของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ two groups pre-posttest design

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่บ้านในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดร้อยเอ็ด ทั้งเพศชายและหญิงที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) โดยกลุ่มทดลองเข้ารับบริการโปรแกรม U-Care และกลุ่มควบคุมได้รับการบริการรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะในชุมชน (รูปแบบเดิม)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 และคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.10 ซึ่งคำนวณจากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากงานวิจัยของแสงรุ้ง รักอยู่ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และรุ้งระวี นาวีเจริญ[10] เรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กลุ่มละ 19 คน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลองและเพิ่มความแม่นยำของผลการวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 (d = .20) ตามใช้สูตร $n/(1-d)^{\wedge 2}$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ simple random sampling จากนั้นนำรายชื่อผู้เข้าร่วมวิจัยทำการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือ เป็นผู้ดูแลที่อายุตั้งแต่ 18-50 ปีบริบูรณ์ มีความสัมพันธ์เป็นญาติ เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง หรือเป็นบุคคลสำคัญที่ผู้ป่วยไว้วางใจให้ดูแล สื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนที่สามารถใช้งาน Line Official Account (Line OA) และใช้บริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ได้ โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการศึกษา โดยสมัครใจและลงนามในแบบฟอร์มยินยอม (informed consent) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม U-Care ได้อย่างต่อเนื่องตามกำหนด และเปลี่ยนผู้ดูแลระหว่างวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่ COE0372568 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2568 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรม ได้แก่ ชี้แจงวัตถุประสงค์รวมถึงกระบวนการขั้นตอนของการวิจัย สิทธิประโยชน์และผลที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมการวิจัย สอบถามความสมัครใจและเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เคารพในสิทธิส่วนบุคคล ตอบประเด็นการซักถามข้อสงสัย ไม่เปิดเผยชื่อ เก็บรักษาความลับ และให้คำปรึกษาตลอดเวลาระหว่างการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรม U-Care ต่อการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยโปรแกรม U-Care เป็นการสร้างโปรแกรมที่ดำเนินการผ่าน Line official account ประกอบด้วย 3 Module, 1 Support system ดังนี้

Module 1: ให้ความรู้ในรูปแบบ Online โดยประกอบด้วยวิดีโอสาธิตการดูแลสายสวนปัสสาวะอย่างถูกวิธี อินโฟกราฟิก ขั้นตอนมาตรฐานการล้างมือที่ถูกต้อง โปสเตอร์การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ คลิปสั้นทบทวนความเสี่ยงและข้อควรระวัง จัดส่งผ่าน Line official account พร้อมระบบแจ้งเตือนให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

Module 2: ให้การสนับสนุนในรูปแบบ Online โดยการให้คำปรึกษาแบบทันเวลาผ่าน Line official account การตอบคำถามรายบุคคลโดยพยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น และในกรณีฉุกเฉินมีช่องทางสื่อสารเพื่อรับเข้าบริการที่โรงพยาบาล

Module 3: ให้การดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคลในรูปแบบ Online โดยให้ผู้ดูแลบันทึกแบบติดตามการดูแลสายสวนปัสสาวะและเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (รายวัน) ระบบแจ้งเตือนและติดตามผลผ่าน Line official account และข้อมูลสรุปที่สามารถแชร์กับทีมสุขภาพเพื่อประเมินและปรับแผนการดูแล

Support system: เป็นการแนะนำโปรแกรมการใช้ Line official account การบันทึกแบบติดตามการดูแลสายสวนปัสสาวะและเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (รายวัน) การให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวตามความจำเป็น และเอกสารคู่มือและสื่อมัลติมีเดียที่จำเป็น

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ได้แก่ จำนวนวันคาสายสวนปัสสาวะ ขนาดสายสวนปัสสาวะ ประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และโรคประจำตัว โดยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนนี้จากข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน (baseline) ของการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2.2 แบบวัดการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา และข้อคำถามของแบบวัดการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลความสะอาดมือและอุปกรณ์ก่อนสัมผัสสายสวนจำนวน 3 ข้อคำถาม 2) ด้านการดูแลและตรวจสอบสายสวนจำนวน 4 ข้อคำถาม 3) ด้านการทำความสะอาดและสุขลักษณะของผู้ป่วยจำนวน 3 ข้อคำถาม 4) ด้านการเทปัสสาวะจากถุงปัสสาวะจำนวน 4 ข้อคำถาม 5) ด้านการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะก่อนการเคลื่อนย้ายจำนวน 4 ข้อคำถาม และ 6) ด้านการติดตามอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจำนวน 3 ข้อคำถาม โดยข้อคำถามทั้งหมดเป็นข้อคำถามเชิงบวก ลักษณะให้เลือกคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติเลย (มีค่า 1 คะแนน) ปฏิบัติตัวนานๆ ครั้ง (มีค่า 2 คะแนน) ปฏิบัติตัวบางครั้ง (มีค่า 3 คะแนน) ปฏิบัติตัวบ่อยครั้ง (มีค่า 4 คะแนน) และ ปฏิบัติตัวทุกครั้ง (มีค่า 5 คะแนน) คะแนนรวมของแบบวัดการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI มีค่าอยู่ระหว่าง 21-105 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ โปรแกรม U-Care และแบบวัดการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวช

ศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ 1 ท่าน และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานการพยาบาลหน่วยป้องกันและการควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน โดยการตรวจสอบค่า Content validity เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษาด้วยค่า Content Validity Index (CVI) พบว่า โปรแกรม U-Care มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และแบบวัดการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำแบบวัดการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI ไปตรวจสอบค่า Reliability โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ดที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดทำหนังสือเชิญชวนผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย จากนั้นทำการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกที่กำหนดไว้ และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ผู้วิจัยได้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของโปรแกรมการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวมถึงสิทธิและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยซักถามข้อสงสัยและตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามขั้นตอนเดียวกัน ภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ดังนี้

กลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ : สร้างโปรแกรมผ่าน Line official account โดยสัปดาห์ที่ 0 ลงพื้นที่ ณ สถานที่ตั้งของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ เพื่อประเมินสภาพแวดล้อม และวัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ UTIs ของผู้ดูแลก่อนการดำเนินการ และชี้แจงโปรแกรมและขั้นตอนการวิจัยตลอดระยะเวลา 12 สัปดาห์แก่ผู้ดูแล

ขั้นดำเนินการ : สัปดาห์ที่ 1-12 เรียนรู้ผ่าน Line official account ที่ประกอบด้วย 3 Module และ 1 Support System พร้อมบันทึกแบบติดตามการดูแลสายสวนปัสสาวะและเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (รายวัน) ทั้งนี้ระบบจะแจ้งเตือนและสรุปรายงานข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ทีมสุขภาพประเมินและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม โดยผู้วิจัยจะลงพื้นที่ในสัปดาห์ที่ 5 และ 9 ณ สถานที่ตั้งของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะเพื่อลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย พร้อมคืนข้อมูลสุขภาพ

ขั้นประเมินผล : หลังการวิจัยครบ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมบ้าน ณ สถานที่ตั้งของผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะเพื่อคืนข้อมูลสุขภาพ วัดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ CAUTI ของผู้ดูแล พร้อมให้คำแนะนำเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด จากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่ในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยและวัดการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ทั้งนี้ระหว่างการดำเนินการวิจัย (12 สัปดาห์) ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยจะใช้วิธีการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ โดยผู้ดูแลจะเป็นผู้รับผิดชอบ

ในการติดตามอาการและให้การดูแลเบื้องต้น รวมถึงการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ณ ที่พักอาศัยของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยบางรายอาจเข้ารับบริการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลชุมชนตามความเหมาะสม เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการผิดปกติที่อาจบ่งชี้ถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น มีไข้สูง ปัสสาวะขุ่น ปวดหน่วงบริเวณท้องน้อย หรือไม่สามารถปัสสาวะได้ตามปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อการประเมินวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม หลังครบ 12 สัปดาห์ผู้วิจัยลงพื้นที่วัดการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ และรายงานอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test, The Mann-Whitney U Test, Chi-square test และ Fisher's exact test

2. การทดสอบการกระจายตัว (normality test) ของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ระยะก่อนและหลังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Shapiro-Wilk test ทั้งนี้การทดสอบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายตัวไม่ปกติ ดังนั้นจึงใช้สถิตินอนพาราเมตริกในการเปรียบเทียบความแตกต่าง ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Wilcoxon Singed Ranks Test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ The Mann-Whitney U Test

5. เปรียบเทียบสัดส่วนการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะหลังดำเนินการทดลองครบ 12 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม U-Care และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ พบว่า **ข้อมูลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ** ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนวันคาสายสวนปัสสาวะ ขนาดสายสวนปัสสาวะ ประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และโรคประจำตัว และ**ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ** ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>.05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

ลักษณะข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n =30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	รวม (n=60)	ค่าสถิติในการทดสอบ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ข้อมูลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ					
เพศ				.067[a]	.795
ชาย	13 (43.33)	14 (46.67)	27 (45.00)		
หญิง	17 (56.67)	16 (53.33)	33 (55.00)		
อายุ (ปี) Mean (SD)	47.83±8.83	50.03±9.25	48.93±9.04	-.942[b]	.350
จำนวนวันคาสายสวนปัสสาวะ Mean (SD)	13.33±2.28	13.30±2.82	13.32±2.54	.050[b]	.960
ขนาดสายสวนปัสสาวะ				1.070[c]	.764
เบอร์ 14	1 (3.33)	3 (10.00)	4 (6.67)		
เบอร์ 16	20 (66.67)	18 (60.00)	38 (63.33)		
เบอร์ 18	9 (30.00)	9 (30.00)	18 (30.00)		
ประวัติการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ				1.071[a]	.301
ไม่เคยติดเชื้อ	14 (46.67)	18 (60.00)	32 (53.33)		
เคยติดเชื้อ	16 (53.33)	12 (40.00)	28 (46.67)		
โรคประจำตัว				7.009[c]	.177
TBI	16 (53.33)	10 (33.33)	26 (43.33)		
TBI, BPH	-	4 (13.33)	4 (6.68)		
Stroke, DM	6 (20.00)	6 (20.00)	12 (20.00)		
Stroke, DM, HT	7 (23.33)	7 (23.33)	14 (23.33)		
BPH	-	2 (6.68)	2 (3.33)		
ข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ					
เพศ				-	-
ชาย	4 (13.33)	4 (13.33)	8 (13.33)		
หญิง	26 (86.67)	26 (86.67)	52 (86.68)		
อายุ (ปี) Mean (SD)	42.63±3.87	41.83±4.41	42.23±4.14	-.668[d]	.504
ระดับการศึกษา				.121[a]	.941
ประถมศึกษา	16 (53.33)	17 (56.67)	33 (55.00)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	6 (20.00)	5 (16.66)	11 (18.33)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8 (26.67)	8 (26.67)	16 (26.67)		

[a]ค่าสถิติ Chi-square, [b]ค่าสถิติ independent t-test, [c]ค่าสถิติ Fisher's exact test, [d]ค่าสถิติ The Mann-Whitney U Test

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ภาพรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฯ รายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฯ รายด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลความสะอาดมือและอุปกรณ์ก่อนสัมผัสสายสวน ด้านการดูแลและตรวจสอบสายสวน และด้านการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะก่อนการเคลื่อนย้าย สำหรับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะภาพรวมลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care แต่ไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฯ ทั้ง 6 ด้านลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care แต่ไม่มีความแตกต่างกัน ที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

การปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care (n=30) Mean (SD)	หลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care (n=30) Mean (SD)	Z	p-value
ภาพรวม				
กลุ่มทดลอง	71.97 (11.82)	79.23 (9.63)	2.315	.021
กลุมควบคุม	74.03 (14.61)	70.83 (13.71)	-.948	.343
การดูแลความสะอาดมือและอุปกรณ์ก่อนสัมผัสสายสวน				
กลุ่มทดลอง	10.17 (2.55)	12.17 (1.39)	3.405	.001
กลุมควบคุม	10.83 (2.93)	10.27 (2.83)	-1.004	.315
การดูแลและตรวจสอบสายสวน				
กลุ่มทดลอง	14.77 (2.86)	16.57 (2.16)	2.702	.007
กลุมควบคุม	15.43 (3.30)	14.63 (3.20)	-.844	.399
การทำความสะอาดและสุขลักษณะของผู้ป่วย				
กลุ่มทดลอง	11.47 (2.33)	11.70 (1.95)	.365	.715
กลุมควบคุม	11.40 (2.59)	10.93 (2.57)	-.845	.398
การเทปัสสาวะจากถุงปัสสาวะ				
กลุ่มทดลอง	13.77 (3.36)	15.00 (2.92)	1.416	.157
กลุมควบคุม	13.97 (4.09)	13.27 (3.62)	-.681	.496
การเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะก่อนการเคลื่อนย้าย				
กลุ่มทดลอง	11.90 (2.09)	13.43 (1.10)	2.872	.004
กลุมควบคุม	12.03 (1.67)	11.57 (1.68)	-1.087	.277
การติดตามอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน				
กลุ่มทดลอง	9.90 (1.94)	10.37 (1.40)	1.189	.234
กลุมควบคุม	10.37 (1.40)	10.17 (1.21)	-.533	.594

3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภาพรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฯ รายด้าน พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 เช่นเดียวกัน หลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ

ในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะภาพรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 เมื่อจำแนกคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติฯ รายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลความสะอาดมือและอุปกรณ์ก่อนสัมผัสสายสวน ด้านการดูแลและตรวจสอบสายสวน ด้านการเทปัสสาวะจากถุงปัสสาวะ และด้านการเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะก่อนการเคลื่อนย้าย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

การปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	Z	p-value
	Mean (SD)	Mean (SD)		
ภาพรวม				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	71.97 (11.82)	74.03 (14.61)	.508	.611
หลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	79.23 (9.63)	70.83 (13.71)	-3.000	.003
การดูแลความสะอาดมือและอุปกรณ์ก่อนสัมผัสสายสวน				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	10.17 (2.55)	10.83 (2.93)	1.140	.254
หลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	12.17 (1.39)	10.27 (2.83)	-2.720	.007
การดูแลและตรวจสอบสายสวน				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	14.77 (2.86)	15.43 (3.30)	.368	.713
หลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	16.57 (2.16)	14.63 (3.20)	-2.709	.007
การทำความสะอาดและสุขลักษณะของผู้ป่วย				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	11.47 (2.33)	11.40 (2.59)	.075	.940
หลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	11.70 (1.95)	10.93 (2.57)	-.987	.324
การเทปัสสาวะจากถุงปัสสาวะ				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	13.77 (3.36)	13.97 (4.09)	.449	.654
หลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	15.00 (2.92)	13.27 (3.62)	-2.501	.012
การเตรียมผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะก่อนการเคลื่อนย้าย				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	11.90 (2.09)	12.03 (1.67)	-.068	.946
หลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	13.43 (1.10)	11.57 (1.68)	-4.047	.000
การติดตามอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน				
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	9.90 (1.94)	10.37 (1.40)	.569	.569
หลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care	10.37 (1.40)	10.17 (1.21)	-.388	.698

4. อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

อุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยมีสัดส่วนการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 3.33 หรือ .37 ครั้งต่อ 1,000 วันคาสายสวน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=60)

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	กลุ่มทดลอง (n=30)	กลุ่มควบคุม (n=30)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ไม่ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	29 (96.67)	21 (70.00)	7.680	.006
ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1 (3.33)	9 (30.00)		

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม U-Care กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม U-Care และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรม U-Care มีประสิทธิผลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมของผู้ดูแลในบริบทการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผลลัพธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้จากกระบวนการพัฒนาโปรแกรม U-Care ที่เกิดจากการบูรณาการองค์ความรู้ นโยบาย และแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานระดับประเทศ ได้แก่ แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลระดับชาติ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)[12] สำหรับเป็นแนวทางการพัฒนาองค์ความรู้ การเสริมศักยภาพบุคลากร และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในชุมชน พร้อมทั้งใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล[13] ที่มุ่งเน้นถึงหลักการมาตรฐานการล้างมือ การดูแลสายสวน และการเฝ้าระวังอาการติดเชื้อ รวมถึงแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พ.ศ. 2568[14] และคู่มือวินิจฉัยการติดเชื้อในโรงพยาบาล[15] ซึ่งครอบคลุมทั้งหลักการป้องกันการติดเชื้อ การดูแลสายสวนปัสสาวะอย่างปลอดภัย และเกณฑ์การเฝ้าระวังและวินิจฉัย CAUTI การบูรณาการแนวทางดังกล่าวทำให้เนื้อหาโปรแกรม U-Care มีความเป็นมาตรฐานและสอดคล้องกับบริบทระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้โปรแกรมสุขภาพส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้หรือการสอนทักษะเป็นครั้งคราว ขาดระบบการติดตามและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในบริบทการดูแลที่บ้าน ขณะที่โปรแกรม U-Care พัฒนาขึ้นเพื่อตอบช่องว่างดังกล่าวโดยมีเตรียมความพร้อมก่อนทดลอง การประเมินสภาพบ้าน การลงเยี่ยมบ้าน และการติดตามต่อเนื่องผ่านระบบดิจิทัล จึงเป็นการดูแลแบบต่อเนื่อง (continuum of care) มากกว่าการเสริมสร้าง/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะสั้น

นอกจากนี้ การนำข้อมูลทั่วไปและการประเมินสภาพบ้านในระยะเตรียมการลงพื้นที่ รวมถึงการติดตามประเมินผลระหว่างการเยี่ยมบ้านมาใช้ประกอบการดูแล ช่วยให้การสนับสนุนผู้ดูแลมีความสอดคล้องกับบริบทจริงมากขึ้น โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น คู่สมรส บุตร สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย การมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยช่วยเพิ่มแรงจูงใจ ความรับผิดชอบ และความตระหนักต่อความเสี่ยงของการติดเชื้อ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความตั้งใจและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยตามแนวทางที่แนะนำ ผลการวิจัยครั้งนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรม U-Care มีความแตกต่างจากโปรแกรมเดิมในด้านการออกแบบที่คำนึงถึงบริบทการดูแลที่บ้าน ระยะเวลาในการติดตาม และบทบาทของผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

ผลการจัดทำโปรแกรม U-Care สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะ โปรแกรมการสอนแนะต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ และการอบรมหรือการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ[4-5, 9-11,16-17] โดยพบว่า หลังจากที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีความรู้หรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การอบรมหรือการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการสามารถช่วยเพิ่มความรู้และสัมพันธ์กับการลดอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เมื่อพิจารณาผลการวิจัยรายด้าน พบว่าด้านการทำความสะอาดสุขลักษณะของผู้ป่วย และด้านการติดตามอาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่ากิจกรรมการดูแลในด้านเหล่านี้เป็นกิจวัตรพื้นฐานที่ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีการปฏิบัติอยู่แล้วก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่เด่นชัด นอกจากนี้ ระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมอาจยังไม่เพียงพอที่จะสะท้อนผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนในระยะยาว

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรม U-Care สามารถเพิ่มการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดอุบัติการณ์การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิผล โดยผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรม U-Care เป็นแนวทางการดูแลที่มีศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างด้านความต้องการของผู้ดูแลและทักษะการใช้เทคโนโลยียังคงเป็นข้อจำกัดที่ควรนำไปพิจารณาในการพัฒนาโปรแกรมในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้

1. ควรนำโปรแกรม U-Care ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น และอาจพิจารณาบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. ควรใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่ เช่น การสื่อสารผ่าน Line official account เป็นเครื่องมือสนับสนุนการติดตามและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล เนื่องจากรูปแบบดังกล่าวถูกนำมาใช้ในโปรแกรมและมีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

3. ควรสนับสนุนให้พยาบาลนำแนวทางและสื่อการสอนในโปรแกรม U-Care ไปใช้ในการให้คำแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยที่ดูแลที่บ้าน เพื่อเสริมความมั่นใจและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัย

การศึกษาในอนาคตควรศึกษาวิเคราะห์เชิงลึกในประเด็นที่ผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรม U-Care ให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นควรดำเนินการติดตามผลของโปรแกรม U-Care ในระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแลและผลลัพธ์ด้านการติดเชื้อในระยะยาว พร้อมทั้งควรเพิ่มการพัฒนาเนื้อหาโปรแกรมในลักษณะผู้ดูแลเฉพาะกลุ่ม (tailored intervention) โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านความรู้ ภาระการดูแล และความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีของผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม เช่น ผู้ดูแลที่ไม่มีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลที่มีภาระงานสูง ผู้ดูแลที่อยู่ห่างไกลโรงพยาบาลหรือการเดินทางลำบาก ผู้ดูแลที่มีภาระทางเศรษฐกิจสูง เป็นต้น

References

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events [Internet]. 2025 [cited 2025 Jun 8]. Available from: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7psccauticurrent.pdf
2. Infection Prevention and Control and Antimicrobial Resistance Surveillance program. Incidence of healthcare associated infections in Thailand. 2025 [cited 2025 Jun 8]. Available from: https://nicc-ipcprogram.org/
3. At Samat Hospital. Hospital infection surveillance report 2024 [internal report]. Roi Et: At Samat Hospital; 2024.
4. Nethichai P. The development of a teaching program and caregivers' skill development to prevent urinary tract infections in patients with urinary catheterization at home. Journal of Health and Environmental Education 2024;9(1):576-586. (in Thai)
5. Buaprasert S. The effect of urinary catheterized care program on caregivers in urinary catheterized patients. Kanchanaburi Medical Journal 2023;11(33):30-43. (in Thai)
6. Luejunda B, PaerKao C. Factors predicting catheter-associated urinary tract infections in critically ill internal medicine patients. Journal of Nursing Science and Health 2025;48(1): 127-141. (in Thai)
7. Wongsri P, Thongmaha S, Butsing N, Skuntaniyom S, Wongprikorn A. Risk factors of catheter-associated urinary tract infection in a tertiary-care medical center. Nursing Research and Innovation Journal 2023;29(3):303-318. (in Thai)
8. Anothayanonth Y. Factors that affecting catheter- associated urinary tract infection in tertiary hospital. Journal of the Police Nurses 2023;12(1):48-57. (in Thai)
9. Seesok T. The development of patient care model with urinary catheterization at home to prevent urinary tract infections. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin 2024;14(2): 64-77. (in Thai)
10. Rukyou S, Lueboonthavatchai O, Navicharern R. The effect of coaching program on caregivers' agency in urinary catheterized care for spinal cord injured patients. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2015;26(1):44-56. (in Thai)
11. Sirithichakorn P, Wongkhumkaew P, Kumphirat P. Effects of a health literacy promotion program on behavior to prevent urinary tract infection. Journal of Nursing Division 2025;52(1):17-28. (in Thai)

12. Bamrasnaradura Infection Diseases Institute. The national strategic action plan for hospital-associated infection prevention and control 2023-2027 Thailand. Bangkok: Aksorn graphic and design.2022. (in Thai)
13. The Nosocomial Infection Control Group of Thailand, Department of Disease Control, Bamrasnaradura Infection Diseases Institute. Updating IPC Guidelines for Thailand 2024. Bangkok: Aksorn graphic and design.2024. (in Thai)
14. Infectious disease association of Thailand. Clinical practice guidelines for the management of urinary tract infections, 2025[Internet].2025[cited 2025 Jun 8].Available from: https://idthai.org/Contents/Views/?d=!17!9!!1045!
15. Bamrasnaradura Infection Diseases Institute. Hospital-Acquired Infection (HAI) diagnostic manual. Bangkok: Aksorn graphic and design.2018. (in Thai)
16. Mazi WAM, Bondad M, Althumali M, Alzahrani T. Reducing catheter-associated urinary tract infection in high dependency unit: an eighteen-month quality improvement intervention study period. Infect Prev Pract. 2024;6:100362.
17. Silva JLA, Silva MR, Almeida THRC, Barbosa DA. Educational interventions to prevent urinary infections in institutionalized elderly people. Invest Educ Enferm. 2024;42(1):e05.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5

Factors Related to Depression among Older Adults in Areas of Health Region 5

เยาวลักษณ์ มีบุญมาก[1], กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ[2], กาญจนา เลิศถาวรธรรม[2]

Yaowaluck Meebunmak[1], Kannika Kitnopkiat[2], Kanchana Lersthavorntham[2]

[1]วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2]วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Prachomklao College of Nursing, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

[2] Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Kannika Kitnopkiat; Email: kannika@bcnr.ac.th

Received: September 29, 2025 **Revised:** March 2, 2026 **Accepted:** March 31, 2026

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเชื่อมโยงกับหลายสาเหตุแต่ไม่ชัดเจนว่าปัจจัยใดสัมพันธ์เชิงพยากรณ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายแบบลำดับขั้น (explanatory sequential design) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ ปัจจัยสัมพันธ์เชิงพยากรณ์กับภาวะซึมเศร้าและลักษณะเชิงคุณภาพของปัจจัยพยากรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวนทั้งสิ้น 480 คน โดยได้จากการเลือกแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่างในวิจัยเชิงคุณภาพเลือกแบบเจาะจง 30 คนจากผู้มีภาวะซึมเศร้า เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามการร่วมกิจกรรมทางสังคม แบบประเมินการนอนไม่หลับ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย และแบบวัดความเครียดสวนปรุง เครื่องมือวิจัย มีค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .80, .82, .85 และ .80 และ KR-21ได้ .83 ตามลำดับ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 –วันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และถดถอยพหุคูณ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการหาประเด็นหลัก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 5.07 (SD=1.57) ซึ่งแปลผลว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า สำหรับปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในภาพรวมสามารถทำนายได้ร้อยละ 68 (Adj R^2=.68, p<.001) โดยประกอบด้วย การมีส่วนร่วมทางสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว การนอนไม่หลับ และความเครียด (β =-.45,-.20, .15 และ .11 ตามลำดับ) ลักษณะเชิงคุณภาพของปัจจัยพยากรณ์คือ ความขัดแย้งในครอบครัว รู้สึกโดดเดี่ยว หดหู่ใจที่นอนไม่หลับ และเครียดกับปัญหาชีวิต ผลการศึกษาครั้งนี้บ่งชี้ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงเมื่อดำเนินงานที่มีเป้าหมายเพื่อลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ปัจจัยพยากรณ์; ผู้สูงอายุ; ภาวะซึมเศร้า; เขตสุขภาพที่ 5

Factors Related to Depression among Older Adults in Areas of Health Region 5

Yaowaluck Meebunmak[1], Kannika Kitnopkiat[2], Kanchana Lersthavorntham[2]

[1]Prachomklao College of Nursing, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

[2]Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Kannika Kitnopkiat; Email: kannika@bcnr.ac.th

Received: September 29, 2025 **Revised:** March 2, 2026 **Accepted:** March 31, 2026

Abstract

Depression among the elderly is linked to multiple causes; however, it remains unclear which factors serve as significant predictors. This study employed an explanatory sequential mixed-methods design to investigate the levels of depression, its predictive factors, and the qualitative characteristics of those predictors. The sample consisted of 480 elderly individuals in Health Region 5, selected through stratified random sampling at the district, sub-district, and household levels. For the qualitative phase, 30 participants with depression were selected using purposive sampling. Research instruments included a Personal Information Questionnaire, Family Relationship Questionnaire, Social Participation Questionnaire, Insomnia Assessment Scale, Suanprung Stress Test, and the Thai Geriatric Depression Scale (TGDS). The instruments demonstrated reliability with Cronbach's alpha coefficients of .80, .82, .85, and .80 and a KR-21 coefficient of .83, respectively. Data collection took place from November 1, 2024, to April 6, 2025. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and multiple regression analysis, while qualitative data were analyzed using thematic analysis. The quantitative results revealed an average depression score of 5.07 (SD=1.57), which, according to the assessment criteria, indicates no clinical depression. The independent variables collectively predicted depression by 68% (Adj R^2=.68, p<.001). The significant predictors, in order of influence, were social participation, family relationships, insomnia, and stress (β=-.45, -.20, .15, and .11, respectively). Qualitative findings characterized these predictive factors through themes of family conflict, feeling lonely, despondency related to insomnia, and stress from life problems. The findings of this study highlight the factors influencing depression among the elderly, which relevant personnel should take into consideration when implementing interventions aimed at reducing depression in this population.

Keywords: depression; Health Region 5; older adults; predictive factors

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันสังคมไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ ปีพ.ศ. 2567 มีผู้สูงอายุร้อยละ 20.20 ของประชากรทั้งประเทศ[1] วัยสูงอายุมีความต้องการการดูแลที่มากขึ้นเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางที่เสื่อมลง สมรรถภาพในการทำงานหรือหารายได้ลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ในด้านจิตใจอาจรู้สึกสูญเสียอำนาจในช่วงบั้นปลายชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อย คือ ภาวะซึมเศร้า เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักเรื้อรังและส่งผลต่อเนื่อง เช่น การฆ่าตัวตาย จากรายงานฐานข้อมูล HDC ปี พ.ศ. 2567 พื้นที่ 8 จังหวัดในเขตบริการสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี กาญจนบุรี นครปฐม ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร เพชรบุรี และประจวบคีรีขันธ์ มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 964,800 ราย ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q พบว่าร้อยละ 42.68 เสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้า จึงมีการประเมินต่อโดยแบบประเมิน 9Q พบว่าร้อยละ 20.83 ของผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงนั้นมีภาวะซึมเศร้า[2] จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าในเขตบริการสุขภาพที่ 5 นั้นปัญหาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ควรได้รับความสนใจจากผู้เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ได้ดูแลเอาใจใส่กันและมีความขัดแย้ง[3-5] การถอยห่างจากสังคม ขาดเพื่อน ขาดสังคม ไม่ได้ทำกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนหรือเครือญาติ เมื่อไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่นก็อาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า[6-8] นอกจากนี้ปัญหาการการนอนก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุด้วย ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับเป็นประจำตลอดหนึ่งปีมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น[9-10] และสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือความเครียด ผู้สูงอายุมีความเครียดหลายประการ เช่น เครียดต่อโรคประจำตัวและสุขภาพโดยรวมที่เสื่อมลง การพึ่งพาผู้อื่นด้านการเงิน การเดินทาง ขาดที่พึ่ง มีความขัดแย้งกับผู้อื่น[11-13] เป็นต้น แม้ว่าผลการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นจะแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายประการที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ แต่องค์ความรู้ที่มีอยู่ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ในภาพรวม หรืออยู่ในบริบทพื้นที่เฉพาะบางแห่ง ซึ่งอาจไม่สามารถสะท้อนบริบททางสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งมีลักษณะประชากรและบริบททางสังคมที่เฉพาะเจาะจง ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ รวมทั้งยังขาดความเข้าใจเชิงลึกในมิติคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ และบริบทชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมุ่งศึกษาทั้งปัจจัยเชิงปริมาณที่มีความสัมพันธ์และสามารถพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และอธิบายความหมายเชิงคุณภาพของปัจจัยเหล่านั้นในบริบทจริงของพื้นที่ เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมทั้งเชิงกว้างและเชิงลึก อันจะนำไปสู่การพัฒนานโยบาย การวางแผนบริการสุขภาพ และการออกแบบแนวทางป้องกันและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของเขตสุขภาพที่ 5

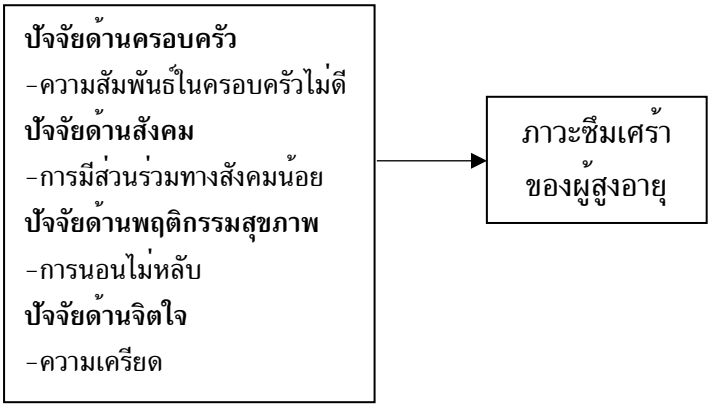
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 5
2. เพื่อศึกษาปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 5
3. เพื่ออธิบายข้อมูลเชิงคุณภาพของปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 5

กรอบแนวคิดวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประกอบด้วย ปัจจัยด้านครอบครัว สังคม สุขภาพ และจิตใจ[3-5,7-8] เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง เช่น ระบบประสาท กล้ามเนื้อหรือฮอร์โมนต่างๆ ทำให้เกิดความแปรปรวน เช่น นอนไม่หลับหรือมีความเครียด ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น สูญเสียอำนาจที่เคยมีในครอบครัวหรือสังคม สัมพันธภาพกับครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เกิดความเครียดและถอยห่างหรือมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยลง อาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าได้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตในชุมชนชนบทและกึ่งเมือง ที่บ้านพักอาศัยของผู้สูงอายุมีทั้งที่อยู่ใกล้และห่างไกลจากภาคบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ บุตรหลานวัยทำงานมักทำงานนอกบ้าน กิจกรรมพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุในชุมชนที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมได้อย่างสม่ำเสมอคือชมรมผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุก็มักต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางไปร่วมกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการเดินทางไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคประจำตัว ผู้สูงอายุมักจะใช้ชีวิตอยู่ในบ้านโดยช่วยทำงานบ้านหรือเลี้ยงหลาน บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุที่ลดลงอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดหรือนอนไม่หลับ ร่วมกับปฏิสัมพันธ์กับคนในครอบครัวที่ลดลง กิจกรรมทางสังคมน้อยลง อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงอธิบายแบบลำดับขั้น (explanatory sequential design, QUAN->qual) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณก่อนเมื่อได้คำตอบด้านปัจจัยเชิงพยากรณ์แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่เป็นคุณลักษณะของปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุของ 8 จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 925,511 คน กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุจำนวน 480 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ G*Power, Power of test = 80, Effect size .05 ได้จำนวน 392 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างกรณีสูญเสียไว้จังหวัดละ 11 คน รวมจำนวน 480 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) โดยจับ

ฉลากสุ่มเลือก 1 อำเภอของแต่ละจังหวัด 1 ตำบลของแต่ละอำเภอ สุ่มเลือกบ้านเลขที่ของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ได้จำนวนผู้สูงอายุตำบลละ 60 คน

กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพคือผู้สูงอายุจำนวน 30 คนซึ่งเป็นจุดการสัมภาษณ์มีความอิ่มตัวของข้อมูล (saturation point) เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้สูงอายุมีคะแนนการประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 6 คะแนนขึ้นไป และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ไม่สามารถสื่อสารได้อย่างเข้าใจ และมีความเจ็บป่วยรุนแรง หรือมีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์เชิงลึกได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามปลายปิด จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ รัตนา สำราญใจ[15] ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว 33 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความรักและความห่วงใยอาทร 12 ข้อ 2) การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว 6 ข้อ 3) การเคารพซึ่งกันและกัน 9 ข้อ และ 4) การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน 6 ข้อ มีตัวเลือกให้เลือกตอบตามความรู้สึกของผู้สูงอายุ ได้แก่ ไม่จริงเลย จริงเล็กน้อย จริงบ้าง จริงเป็นส่วนมาก และจริงมากที่สุด ให้คะแนน 1-5 ในแต่ละข้อ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านมีเกณฑ์แปลผลดังนี้ 1.00-1.99 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี 2.00-2.99 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างไม่ดี 3.00-3.99 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวค่อนข้างดี และ 4.00-5.99 หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของ นิราศศิริ โรจนธรรมกุล จิราวรรณ กล่อมเมฆ และจารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส[16] ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุจำนวน 16 ข้อ มีตัวเลือกให้เลือกตอบตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ได้แก่ ไม่เคยเข้าร่วม เข้าร่วมน้อย เข้าร่วมปานกลาง เข้าร่วมมาก และเข้าร่วมทุกครั้ง ให้คะแนน 1 - 5 ในแต่ละข้อ คะแนนเฉลี่ยโดยรวมมีเกณฑ์แปลผลดังนี้ 1-1.49 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยที่สุด 1.50-2.49 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย 2.50-3.49 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมปานกลาง 3.50-4.49 หมายถึง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมาก และ 4.50-5.00 หมายถึง ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index: ISI) สร้างโดย Charles M. Morin และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทรีญา แก้วแพง[17] มีข้อความเกี่ยวกับการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 7 ข้อ มีตัวเลือกให้เลือกตอบ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1 - 5 ในแต่ละข้อ คะแนนรวมมีเกณฑ์แปลผลดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ 8-14 คะแนน หมายถึง นอนไม่หลับเล็กน้อย 15-21 คะแนน หมายถึง นอนไม่หลับปานกลาง และ 22-28 คะแนน หมายถึง นอนไม่หลับรุนแรง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test – 20: SPST – 20) ที่สร้างโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา[18] มีข้อความเกี่ยวกับความเครียดในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาจำนวน 20 ข้อ มีตัวเลือกให้เลือกตอบ ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเล็กน้อย รู้สึกเครียดปานกลาง รู้สึกเครียดมาก และรู้สึกเครียดมากที่สุด ให้คะแนน 1–5 ในแต่ละข้อ (ข้อที่ไม่ตอบให้ 0) คะแนนรวมมีเกณฑ์แปลผลดังนี้ 0–23 คะแนน หมายถึง มีความเครียดน้อย 24–41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดปานกลาง 42–61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดสูง และ 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความเครียดรุนแรง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale : TGDS) พัฒนาโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์[19] มีข้อความเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ไปสู่ภาวะของจิตใจที่เศร้าซึม หม่นหมอง ไม่มีความสุขที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 15 ข้อให้เลือกตอบตามความรู้สึกว่า ใช่ หรือ ไม่ใช่ ให้คะแนน 0 หรือ 1 ในแต่ละข้อ คะแนนรวมมีเกณฑ์แปลผลดังนี้ 0–5 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า 6–10 หมายถึง บ่งบอกว่ามีภาวะซึมเศร้า และ 11 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าแน่นอน

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้กับกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว แบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบวัดความเครียดสวนปรุง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น .80, .82, .85 และ .80 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดย KR–21 ถ้าได้ค่า .83 จึงนำเครื่องมือไปใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือเชิงคุณภาพเป็นแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi–structure interview) เพื่อให้ได้คำตอบว่าคุณลักษณะเชิงคุณภาพของปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้านั้นมีลักษณะอย่างไร ประกอบด้วยข้อคำถามหลัก 4 ข้อ และคำถามย่อย 12 ข้อ ตัวอย่างดังนี้ 1) ในช่วงนี้ความสัมพันธ์ของคุณกับคนในครอบครัวที่อยู่ร่วมกันเป็นอย่างไรบ้าง 1.1) คุณกับคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่แย่ ๆ ต่อกันบ้างไหม อย่างไร 1.2) มีเรื่องอะไรที่คนในครอบครัวทำให้คุณไม่สบายใจบ้างไหม ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย 1.3) ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งหรือไม่ลงรอยกันในครอบครัวส่งผลต่อความรู้สึกของคุณอย่างไร 2) เกี่ยวกับสังคมของคุณ คุณได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมมากน้อยเพียงใด คุณทำอะไรบ้าง 2.1) การร่วมทำกิจกรรมทางสังคมหรือออกสังคมของคุณไม่ว่าจะมากหรือน้อยนี้ส่งผลต่อความรู้สึกของคุณอย่างไร เพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้น 3) ช่วงนี้คุณมีปัญหาเรื่องการนอนหลับบ้างไหม เป็นอย่างไร 3.1) ปัญหาการนอนหลับของคุณทำให้คุณรู้สึกอย่างไร หรือไม่ 4) ช่วงนี้คุณเครียดหรือทุกข์ใจบ้างไหม เกี่ยวกับเรื่องอะไร 4.1) ความเครียดหรือเรื่องทุกข์ใจส่งผลให้คุณรู้สึกหดหู่หรือจิตใจเศร้าหมองบ้างไหม อย่างไร

การหาคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยนำแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คนตรวจสอบความตรง (content validity) โดยหาค่า IOC ข้อที่ได้คะแนนน้อยกว่า .50 ได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะ แล้วหาค่า IOC อีกครั้ง เมื่อทุกข้อมีค่า IOC ระหว่าง .67 - 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้ 1) ขออนุญาตนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อเก็บข้อมูล 2) ประสานงานกับ รพ.สต. พื้นที่ที่สุ่มเลือกเพื่อขออนุญาตประชาสัมพันธ์ ชี้แจงการวิจัยและเก็บข้อมูล 3) ประชาสัมพันธ์การวิจัย เชิญชวนอาสาสมัครการวิจัยโดยติดประกาศที่ รพ.สต. 4) จัดประชุมหรือพบผู้สูงอายุรายบุคคลเพื่อชี้แจงการวิจัย ตอบข้อซักถามต่าง ๆ มอบเอกสารการวิจัยให้ไปอ่าน ให้เวลาผู้สนใจพิจารณาตัดสินใจร่วมกับครอบครัวที่บ้านอย่างน้อย 1 วัน ถ้าสนใจให้สมัครเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งลงนามในเอกสารความยินยอมในการตอบแบบสอบถามและการให้สัมภาษณ์ 5) นัดหมายอาสาสมัครเพื่อตอบแบบสอบถาม 6) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่บ้านผู้สูงอายุระหว่างวันที่ 1 พ.ย. - 20 ธ.ค. 67 แล้ววิเคราะห์ข้อมูล 7) ผู้วิจัยที่ได้รับการฝึกสัมภาษณ์ไปสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่บ้าน ระหว่าง 1 ก.พ. – 6 เม.ย. 68 8) ผู้วิจัย 3 คน แยกกันวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูล (researcher triangulation)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ระดับของภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ
3. ปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์โดยใช้สถิติ multiple regression ด้วยวิธีการ enter method
4. ลักษณะเชิงคุณภาพของปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์ด้วยวิธี thematic analysis โดยดำเนินการถอดเทปบันทึกการสัมภาษณ์ อ่านทบทวน เข้ารหัสข้อมูล และจัดหมวดหมู่รหัส เพื่อสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักที่สะท้อนลักษณะร่วมของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี หมายเลขรับรอง BCNR-IRB2024-07 วันที่ 24 พ.ค. 67 – 23 พ.ค. 68 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1) การรักษาความลับโดยผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามที่อาสาสมัครตอบแล้ว บันทึกการสัมภาษณ์และเอกสารความยินยอมที่อาสาสมัครลงนามในตู้เก็บเอกสารของผู้วิจัยพร้อมกับใส่กุญแจไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี 2) การไม่เปิดเผยชื่อโดยการเก็บแบบสอบถามที่อาสาสมัครตอบแล้วนำมาแยกแฟ้มแบบสอบถามออกจากใบยินยอม 3) ประโยชน์และค่าตอบแทน ผู้วิจัยมีค่าตอบแทนให้อาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามและให้สัมภาษณ์ 4) ความเสี่ยง การวิจัยนี้มีความเสี่ยงต่ำ แต่อาสาสมัครอาจรู้สึกกระทบกระเทือนจิตใจจากคำพูดขณะตอบแบบสอบถามหรือสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสังเกตว่าอาสาสมัครมีความทุกข์กังวล

กระสับกระส่าย เศร้าเสียใจหรือไม่ ถ้ามีจะให้ยุติก่อนแล้วให้ได้รับการดูแลสุขภาพตามสิทธิ ทั้งนี้ไม่พบความเสี่ยงดังกล่าว

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 480 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 289 คน คิดเป็นร้อยละ 60.20 ในด้านสถานภาพสมรสนั้นเป็นแบบที่ผู้สูงอายุมีคู่สมรสและอยู่ด้วยกันมากที่สุดจำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุหม้าย (n=128, 22.5%) หย่า (n=13, 2.70%) และแยกทางกัน (n=14, 2.90%) ระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีสัดส่วนสูงที่สุด (n=182, 37.90%) อาชีพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุคือไม่ได้ทำงานหรืองานบ้าน (n=217, 45.20%) รองลงมาคือข้าราชการเกษียณ (n=93, 19.40%) และรับจ้าง (n=85, 17.70%) ด้านรายได้พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท มีจำนวนมากที่สุด คือ 227 คน คิดเป็นร้อยละ 47.30 รองลงมา คือมากกว่า 20,000 บาท จำนวน 135 คน คิดเป็นร้อยละ 28.10 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าโดยรวม 5.07 (SD=1.57) การแปลผลตามเกณฑ์แบบประเมินอยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพยากรณ์กับภาวะซึมเศร้า

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	X_1	X_2	X_3	X_4	Y
ความสัมพันธ์ในครอบครัว (X_1)	1				
การมีส่วนร่วมทางสังคม (X_2)	.773	1			
การนอนไม่หลับ (X_3)	-.564	-.612	1		
ความเครียด (X_4)	-.583	-.596	.537	1	
ภาวะซึมเศร้า (Y)	-.763	-.804	.616	.594	1

จากตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการมีส่วนร่วมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R=-.763, -.804, p<. 01) ส่วนการนอนไม่หลับและความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R=.616, .594, p<.01)

ตารางที่ 2 ปัจจัยเชิงพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5

ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐาน	สถิติที (t)	นัยสำคัญทางสถิติ	VIF
	b	SE	(B)			
(Constant)	9.50	.56		16.86	<.001	
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.63	.16	-.20	-3.90	<.001	4.30
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	-2.13	.25	-.45	-8.32	<.001	4.68
การนอนไม่หลับ	.06	.01	.15	4.65	<.001	1.72
ความเครียด	.02	.01	.11	3.48	<.001	1.71

R^2=.69 ; Adj R^2=.68 ; F=266.40 ; Std. Error Square=.87

จากตารางที่ 2 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นค่า VIF ผ่านเกณฑ์ทุกตัว ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์ พบว่าตัวแปรต้นทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมกันพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 68 (Adj R^2=.68, p<.001) โดยตัวแปรที่สามารถพยากรณ์ได้สูงที่สุดคือ การมีส่วนร่วมทางสังคม (β=-.45) มีอำนาจพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 45 รองลงมา คือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว (β=-20) มีอำนาจพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 20 การนอนไม่หลับ (β=.15) มีอำนาจพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15 และความเครียด (β=.11) มีอำนาจพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 11

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นหลักดังนี้ 1) มีความขัดแย้งในครอบครัว 2) รู้สึกโดดเดี่ยว 3) หดหู่ใจที่นอนไม่หลับ และ 4) เครียดกับปัญหาชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเด็นหลัก ประเด็นย่อย คำอธิบาย และคำพูดสะท้อนประสบการณ์

ประเด็นหลัก (themes)	ประเด็นย่อย (subthemes)	คำอธิบาย (descriptive)	คำพูดสะท้อนประสบการณ์ (Illustrative quotes)
มีความขัดแย้งในครอบครัว	ขาดสายใยทางจิตใจในครอบครัว	ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นยาวนานไม่มีข้อยุติ ไม่เผชิญหน้าเพื่อพูดคุยกัน ไม่ผูกพันทางใจ เก็บความเสียใจไว้ไม่ได้แก้ไข	*“ฉันไม่ดีหรอก กับแฟนป้าไม่พูดกันมานานแล้ว บางทีป้าก็ร้องไห้คนเดียว คิดว่าทนมีชีวิตอย่างนี้ได้อย่างไร”* (Pr-306)
	ผิดหวังในความสัมพันธ์	ผู้สูงอายุคาดหวังว่าคู่ชีวิตจะดูแลซึ่งกันและกัน แต่ความเป็นจริงไม่ ทำให้รู้สึกไร้ที่พึ่ง	*แก่แล้วไม่มีใครเลย พึ่งพาไม่ได้ ปรึกษาไม่ได้ ไม่รู้จะตายวันตายพรุ่ง สงสัยจะตายคนเดียว”* (Pr-306)
รู้สึกโดดเดี่ยว	ขาดการสนับสนุนด้านจิตใจ	แม้จะได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากลูกแล้ว แต่การไม่ได้อยู่กับลูกในสถานการณ์ที่ต้องการกำลังใจ ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว	*“ลูกลุงอยู่อเมริกา มาไม่ได้ เขามีลูกมีครอบครัวอยู่ที่โน่น ส่งเงินมาให้ใช้พออยู่ แต่ปีนี้ลุงรู้สึกแก่ไปมาก อยากให้ลูกอยู่ด้วย”*(Na-114)
	สูญเสียการยอมรับและกิจกรรมทางสังคม	การได้อยู่กับลูกในสังคมเมืองได้ มีความสะดวก แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านกิจกรรมทางสังคมและการยอมรับนับถือจากชาวบ้านเหมือนที่เคยได้รับมาก่อน	*“ตอนอยู่บ้านสวน คนนับหน้าถือตา มีงานเขามาไหว้มาเชิญเพราะเป็นคนเก่าคนแก่ แต่มาอยู่ที่นี่ ไม่ได้ไปไหนไม่รู้จักใคร ลูกออกบ้านแต่เช้ากลับมืด กลับมาเหนื่อยเขาก็พักของเขาไม่ค่อยได้คุย”* (Pe-359)
หดหู่ใจที่นอนไม่หลับ	กังวลเกี่ยวกับการนอนไม่หลับ	มีความกังวลเกี่ยวกับการนอนไม่หลับในช่วงกลางคืน เพราะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย อารมณ์ไม่สดชื่น รู้สึกหดหู่ใจ	*“นอนไม่ค่อยหลับ แย่มากฉันทุกวันนี้เพลีย ไม่มีแรง ใจนี่ไม่ดีเลย คิดว่าทำไมไม่หลับพยายามข่มตาทั้งคืน”* (Su-235)
	ไม่มีคนเข้าใจเรื่องนอนไม่หลับ	รู้สึกอ้างว้างเพราะคนรอบข้างไม่ยอมรับนอนไม่หลับตลอดทั้งคืน หรือคิดว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่มีอันตราย	*“บอกว่าเนี่ยแม่นอนไม่หลับเลยทั้งคืน เขาก็ว่ามันเป็นไปไม่ได้ที่คนเรานี้จะนอนไม่หลับเลยในคืนหนึ่ง เราก็เลยไม่พูดแล้ว พูดไปก็ผิดกัน”* (Pe-010)

ประเด็นหลัก (themes)	ประเด็นย่อย (subthemes)	คำอธิบาย (descriptive)	คำพูดสะท้อนประสบการณ์ (Illustrative quotes)
		ใด ๆ ผู้สูงอายุจึงขาดที่พึ่งที่จะเข้าใจความทุกข์เรื่องนี้	
เครียดกับปัญหาชีวิต	สภาพร่างกายที่เสื่อมถอย	โรคประจำตัวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดทั้งด้านความเจ็บปวด ไม่สุขสบายทางกาย และกังวลเรื่องการรักษาและการดูแลตนเอง	*"ปวดเข่ามาหลายปีแล้ว หมอจะให้ผ่าแต่พี่ยังต้องทำงานจึงไม่ผ่า ปวดมากไม่รู้จะทำอย่างไร เงินไม่ค่อยมี" (Pe-067)*
	บุตรขัดแย้งกระทบจิตใจผู้สูงอายุ	การทะเลาะกันของบุตรหลานทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ เสียความมั่นคงทางอารมณ์และขาดที่พึ่งทางใจ	*"ปีชาติไม่มานอนบ้าน พออย่างนี้มานอนอยากได้สมบัติแต่ไม่ดูแลแม่เลย ลูกจะเอาอย่างเดียว คิดมากลูกแย่งสมบัตินอนไม่หลับ คิดมาก"* (Pr-39)
	เป็นภาระต่อครอบครัว	การที่ต้องพึ่งพาคนรอบข้างในชีวิตประจำวันทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าลดลงเพราะเข้าใจว่าเป็นภาระของบุตรหลาน	*หยอดตามาหลายปีแล้ว เดี๋ยวนี้ต้องไปฉีดยาด้วย โรคหัวใจรักษาอีกที่หนึ่ง เบาหวานอีกโรงพยาบาลหนึ่ง สามโรงพยาบาลเป็นภาระของลูก สงสารลูก"* (Ra-001)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าตามเกณฑ์ของแบบประเมินอยู่ในระดับที่เรียกว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\overline{X}$ =5.07, SD=1.57) อธิบายได้ว่าคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านสถานภาพสมรสและอาศัยอยู่ร่วมกันมีสัดส่วนสูง อาจส่งผลให้เกิดการดูแลช่วยเหลือและทำกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว รวมทั้งการมีรายได้ที่เพียงพอและมีหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลในกลุ่มข้าราชการเกษียณ คุณลักษณะเหล่านี้แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุได้ เมื่อพิจารณาปัจจัยเชิงพยากรณ์ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ การมีส่วนร่วมทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์ภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดและมีความสัมพันธ์ทางลบ (β=-.45) แสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่สะท้อนว่าผู้สูงอายุที่ขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือมีข้อจำกัดในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะรู้สึกโดดเดี่ยวและรู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับ แม้จะได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากบุตรแต่การขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ดังคำกล่าวที่ว่า *"ไม่ได้ไปไหนไม่รู้จักใคร ลูกออกบ้านแต่เช้ากลับมืด..." (Pe-359)* *"ปีนี้ลุงรู้สึกแก่ไปมาก อยากให้ลูกอยู่ด้วย"* (Na-114) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมสามารถป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้[7-8,16] เมื่อไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าพอ[14] จึงแยกตัวออกจากสังคมและเกิดภาวะซึมเศร้า

ในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยพยากรณ์ลำดับรองลงมา (β = -.20) โดยมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยขยายความว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบขัดแย้ง ขาดการสื่อสาร หรือไม่สามารถพึ่งพาอาศัยกันได้ จะเกิดความรู้สึกผิดหวังและสูญเสียความมั่นคงทางจิตใจ เช่น *"บางทีป่าก็ร้องไห้คนเดียว คิดว่าทนมีชีวิตอย่างนี้ได้อย่างไร"* (Pr-306) สะท้อน

ถึงการขาดความผูกพันทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดมุมมองเชิงลบต่อตนเองและคนรอบข้าง อันเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าความผูกพันในครอบครัวต่ำและขาดความเอาใจใส่ซึ่งกันและกันมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางอารมณ์ในวัยสูงอายุ[3,15]

ในด้านการนอนไม่หลับ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า (β=.15) โดยข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าปัญหาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อสภาวะทางกายและอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ่อนเพลีย หดหู่ และขาดพลังใจในการดำเนินชีวิต ดังคำกล่าวที่ว่า *“ใจนี่ไม่ดีเลย คิดว่าทำไมไม่หลับพยายามข่มตาทั้งคืน”* (Su-235) ทั้งนี้การนอนไม่หลับอาจปรากฏในหลายรูปแบบ เช่น การหลับยากหรือตื่นบ่อย ซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกหดหู่ของจิตใจ[9-10] นอกจากนี้กลไกทางสรีรวิทยาของการนอนไม่หลับยังส่งผลให้กระบวนการทางปัญญาเบี่ยงเบนไปสู่การรำลึกถึงความทรงจำเชิงลบในอดีตให้ผุดขึ้นมาอีกครั้งแล้วกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากยิ่งขึ้น[9-10,17,20]

ในด้านความเครียด เป็นปัจจัยพยากรณ์ลำดับสุดท้ายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า (β = .11) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าความเครียดส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวและปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหมดหวังและมองว่าตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น เช่น ต้องไปพบแพทย์เพื่อรักษาโรคหลายโรค *“สามโรงพยาบาลเป็นภาระของลูก สงสารลูก”* (Ra-001) ซึ่งเป็นการรับรู้เชิงลบสอดคล้องกับผลงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ระบุว่าระดับความเครียดที่สะสมเป็นปัจจัยกระตุ้นภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ[11,13,18]

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การขาดการมีส่วนร่วมทางสังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี การนอนไม่หลับและความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยหน่วยงานด้านสาธารณสุขควร

1. นำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนด**นโยบายและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุก** โดยบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว การสนับสนุนการมีส่วนร่วมทางสังคม และการจัดบริการดูแลด้านสุขภาพโดยการให้คำปรึกษาปัญหาการนอนไม่หลับ และการจัดการความเครียด ไว้ในบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม

2. พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับชุมชนให้เป็น**รูปแบบมาตรฐาน**ที่สามารถนำไปขยายผลในระดับพื้นที่หรือเขตสุขภาพได้ รวมทั้งสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรดำเนินการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ครอบคลุมองค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีส่วนร่วมทางสังคม การจัดการปัญหาการนอนไม่หลับ และการจัดการความเครียด เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้สนับสนุนการกำหนดนโยบายในระดับที่กว้างขึ้น

References

1. Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. Statistics of elderly population in Thailand, 2024 [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 17]. Available from: https://stat.bora.dopa.go.th.
2. Ministry of Public Health. Health Data Center (HDC) [Internet]. 2024 [cited 2025 Aug 17]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th.
3. Charoensakulchai S, Usawachoke S, Kongbangpor W, Thanavirun P, Mitsiriswat A, Pinijnai O, et al. Prevalence and associated factors influencing depression in older adults living in rural Thailand: A cross-sectional study. Geriatr Gerontol Int [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 20];19(12):1248-53. Available from: https://doi.org/10.1111/ggi.13804.
4. Siriwannakultorn I, Jiraporncharoen W, Pinyopranpanich K, Angkurawaranon C, Rojanasumapong A, Inpa C, et al. Prevalence and related factors of depression in the elderly: Outpatient family medicine clinic, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. J Mental Health Thai [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 29];29(1):1-11. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/244111/168163. (in Thai)
5. Naviganuntana Y, Kerdcharoen N, Rawdaree P. Factors associated with depressive symptoms in elderly individuals living in urban communities. Psychol Res Behav Manag [Internet]. 2022 [cited 2025 Sep 29];15:855-64. Available from: https://doi.org/10.2147/PRBM.S348782. (in Thai)
6. Kotayan P, Srisuwan P, Kengpanich S. Prevalence and associated factors of depression among older adults in primary care unit at Phramongkutklao Hospital. J Prev Med Assoc Thai [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 25];11(1):30-49. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPMAT/article/view/246300. (in Thai)
7. Gao Y, Jia Z, Zhao L, Han S. The effect of activity participation in middle-aged and older people on the trajectory of depression in later life: National cohort study. JMIR Public Health Surveill [Internet]. 2023 [cited 2025 Sep 29];9:e44682. Available from: https://doi.org/10.2196/44682.
8. Choi E, Han KM, Chang J, Lee YJ, Choi KW, Han C, et al. Social participation and depressive symptoms in community-dwelling older adults: Emotional social support as a mediator. J Psychiatr Res [Internet]. 2021 [cited 2025 Sep 20];137:589-96. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.043.
9. Thamcharoen W, Charoengam N, Chotidilok Y, Thongnunui N. Factors related to depression of the elderly. Rajabhat Rambhai Barni Res J [Internet]. 2021 [cited 2025 Dec 5];15(3):52-62. Available from: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/RRBR/article/view/256388. (in Thai)
10. Sattapisit S, Wongpakaran T, Nakaviro D, Hiranthep T, Wongpakaran N, Pukkaman P, et al. Types of insomnia and effects of insomnia on treatment of patients with depression. J Psychiatr Assoc Thai [Internet]. 2017 [cited 2025 Sep 20];62(1):47-55. Available from: http://www.psychiatry.or.th/JOURNAL/62-1/05%20Sirina(1).pdf. (in Thai)
11. Beniusiene A, Kontautiene V, Strukcinskiene B, Grigoliene R, Martisauskiene D, Jurgaitis J. Depression, anxiety, and stress symptoms (DASS-21) in elderly women in association with health status (SHSQ-25): A cross-sectional study. Healthcare [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 10];13(1):1-21. Available from: https://doi.org/10.3390/healthcare13010007.
12. Lee J, Lee J, Hwang S, Chung MK, Park JY, Shin T, et al. Longitudinal examination of stress and depression in older adults over a 2-year period: Moderation effect of varied social support

measures. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2024 [cited 2025 Sep 20];21(9):1201. Available from: https://doi.org/10.3390/ijerph21091201.

13. Painikphan W, Permpool B, Wichaiyo W. Factors affecting risk of depression among the elderly in Yod Kaeng Subdistrict, Na Mon District, Kalasin Province. J Environ Health Community Health [Internet]. 2019 [cited 2025 Sep 20];4(1):11-23. Available from: https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/201217. (in Thai)
14. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row; 1967.
15. Samranchai R. A study of family relationship and adaptation of menopausal women in Satahip Naval Base, Chonburi Province [Master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1997. (In Thai)
16. Rojanadhamkul N, Klommek J, Sriratanaprapat J. Social activities participation of elder persons in Muak Lek Subdistrict, Muak Lek District, Saraburi Province. J Health Nurs Res [Internet]. 2020 [cited 2025 Sep 20];36(2):15-25. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/244312/165829. (in Thai)
17. Keawphang P. Relationships between selected factors and insomnia in adult cancer patients [Master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004 [cited 2025 Dec 1]. Available from: https://digiverse.chula.ac.th/Info/item/dc:27508. (in Thai)
18. Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Tapanya P. Development of Suanprung Stress Test-20 [Research report]. Chiang Mai: Suanprung Hospital; 1997. (in Thai)
19. Wongpakaran N, Wongpakaran T. Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-term care facilities: a report from northern Thailand. Psychogeriatrics [Internet]. 2012 Mar [cited 2025 Sep 20];12(1):11-7. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2011.00383.x.
20. Harrington MO, Reeve S, Bower JL, Renoult L. How do the sleep features that characterize depression impact memory? Emerg Top Life Sci [Internet]. 2023 [cited 2025 Dec 5];7(5):499-512. Available from: https://doi.org/10.1042/ETLS20230100.

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว: การวิจัยและพัฒนา

Development of a Health Care Model for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Using the Individual and Family Self-Management Theory: A Research and Development Study

นริศรา ทองงาม[1], ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล[2], วนิดา เสนามนต์[1], วัชรพันธ์ วงศ์คำพันธ์[1]

Naritsara Thong-Ngam[1], Teepatad Chintapanyakun[2], Wanida Sanamon[1], Watcharaphan Wongkhamphan[1]

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

[1]Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani Province

[2]โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

[2]Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

Corresponding author Teepatad Chintapanyakun, Email: teepatad.chi@gmail.com

Received: November 27, 2025 **Revised:** March 2, 2026 **Accepted:** March 31, 2026

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาทางสาธารณสุขทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว และศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จำนวน 56 คน โดยเลือกแบบเจาะจง แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน ที่ได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน ที่ได้รับการพยาบาลแบบมาตรฐาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบบันทึกผลลัพธ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย สถิติทดสอบทีแบบอิสระต่อกัน และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา อยู่ระหว่าง .85-1.00 มีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ทางคลินิกจนเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อมีการควบคุมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลอง และ 3) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (Mean=9.89, SD=1.69) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=11.32, SD=1.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มทดลอง (Mean=413.39, SD=109.45) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=492.54, SD=186.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ มีผลลัพธ์ทางคลินิกและอาจนำไปใช้กับโรงพยาบาลที่มีบริบทคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมเพื่อช่วยลดค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วย

คำสำคัญ: ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด; รูปแบบการดูแลสุขภาพ; โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Development of a Health Care Model for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Using the Individual and Family Self-Management Theory: A Research and Development Study

Naritsara Thong-Ngam[1], Teepatad Chintapanyakun[2], Wanida Sanamon[1], Watcharaphan Wongkhamphan[1]

[1]Detudom Crown Prince Hospital, Ubon Ratchathani Province

[2]Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

Corresponding author Teepatad Chintapanyakun, Email: teepatad.chi@gmail.com

Received: November 27, 2025 **Revised:** March 2, 2026 **Accepted:** March 31, 2026

Abstract

Diabetes mellitus remains a significant global public health challenge, and its prevalence is steadily increasing. This research and development study aimed to develop a healthcare model for patients with type 2 diabetes mellitus using the Individual and Family Self-Management Theory (IFSMT) and to examine clinical and hospital-related outcomes. The participants were 56 patients with type 2 diabetes receiving services at the diabetes clinic of Detudom Crown Prince Hospital. They were purposively selected and divided into two groups: an experimental group of 28 patients who received the developed health care model for type 2 diabetes and a control group of 28 patients who received standard nursing care. The research instruments consisted of the health care model for type 2 diabetes, a personal information questionnaire, a self-care behavior questionnaire, and an outcome recording form. Data were analyzed using descriptive statistics, an independent t-test, and analysis of covariance (ANCOVA). The results revealed that (1) the health care model for patients with type 2 diabetes mellitus, developed based on IFSMT, demonstrated a high content validity index (CVI) ranging from .85 to 1.00. The model was deemed appropriate and clinically applicable, producing the expected outcomes; (2) the overall self-care behavior of the experimental group was significantly higher than that of the control group when controlling for baseline self-care behavior prior to the intervention; and (3) the experimental group had a significantly lower mean HbA1c level (Mean=9.89, SD=1.69) than the control group (Mean=11.32, SD=1.86). The treatment costs in the experimental group (Mean=413.39, SD=109.45) were significantly lower than in the control groups (Mean=492.54, SD=186.78). In conclusion, the healthcare model for patients with type 2 diabetes developed in this study yielded clinical outcomes and may be applicable to hospitals with a similar context to Detudom Crown Prince Hospital, potentially helping to reduce medical costs for this patient group.

Keywords: health care model; hemoglobin A1C; type 2 diabetes mellitus

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประชากรทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้รวบรวมงานวิจัยตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1990 – 2022 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากประมาณ 200 ล้านคน (ร้อยละ 7.00) เป็น 828 ล้านคน (ร้อยละ 14.00) ของประชากรโลก หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 4 เท่าจากเมื่อสามทศวรรษก่อน[1] สำหรับประเทศไทย จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Service Center : HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข[2] พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2565 – 2567 คิดเป็น 564.18, 609.07, และ 644.1 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบอัตราป่วยรายใหม่ของผู้ป่วยโรคเบาหวานระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2567 คิดเป็น 646.58, 613.48, และ 722.31 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 11.00 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41.00 ภายในปี พ.ศ. 2573[3] ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานอาจไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุมการบริโภคน้ำตาล การไม่ควบคุมน้ำหนัก ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และขาดการกำกับติดตามระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง[4] ทำให้ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) สูงกว่าร้อยละ 7 ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี[5]

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางแก่สหวิชาชีพ[6] ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานจากบุคลากรทางการแพทย์ และมีการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ช่วยเสริมพลังให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวได้ โดยมีเป้าหมายคือ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ต้องน้อยกว่าร้อยละ 8.00 แพทย์และพยาบาลต้องมีการปรับวิธีการรักษาให้เข้ากับลักษณะของผู้ป่วยโรคเบาหวานแต่ละช่วงวัยและโรคประจำตัว สอดคล้องกับคำแนะนำของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ[7] และสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา[8]

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมีการใช้โปรแกรมหรือรูปแบบที่มีความหลากหลายกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เช่น โปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ[9] รูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง[10] โปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง[11,12] โปรแกรมการดูแลตนเองตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มและการมีส่วนร่วมของครอบครัว[13] การใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์[14] การใช้โปรแกรมการสร้างความรู้และทักษะการดูแลตนเอง สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้ 8.93 บาท/คน/วัน หรือ 3,258.69 บาท/คน/ปี[15] จากที่กล่าวมาข้างต้น ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง แต่ยังสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยฯ[6] สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยยังไม่ดีเท่าที่ควร[10,12] การที่จะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ จนทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ นำไปสู่การลดค่ารักษาพยาบาลได้ จำเป็นต้องมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ซึ่งถือว่ามีความสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพ

จากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (individual and family self-management theory: IFSMT)[16-17] อธิบายได้ว่า การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องสร้างทักษะและความสามารถ

ในการควบคุมตนเอง (self-regulation) และการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางสังคม (social facilitation) เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการปรับปรุงพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เชื่อว่าครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน (family as a unit) หรือมีความสัมพันธ์กันและมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในแล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัวและมีการเกื้อหนุนให้เกิดการปรับพฤติกรรมหรือปรับวิธีการดูแลให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นทฤษฎีที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล และการได้รับการสนับสนุนจากทีมบุคลากรด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ (knowledge) ทักษะ และความสามารถในการควบคุมตนเอง (self-regulation skill & abilities) ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงการเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาที่ผ่านมา มีการนำทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวร่วมกับให้ความรู้ตามหลักพิทส์ช่วยทำให้ผู้ป่วยเบาหวานประเภท 2 ที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงขึ้น ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างได้[18] ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการจัดการตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย ภายใต้คำแนะนำของทีมสุขภาพ

จากสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 - 2567 พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี (HbA1c < 8%) เท่ากับ 36.71, 35.35, และ 37.48 ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมายคือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50) แสดงให้เห็นว่าการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมยังไม่ดีเท่าที่ควร เมื่อพิจารณาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ. 2565 – 2567) พบว่ามีความผิดปกติทางตา คิดเป็นร้อยละ 2.94, 1.56 และ 1.94 ตามลำดับ ภาวะแทรกซ้อนบริเวณเท้า คิดเป็นร้อยละ 7.33, 3.82, และ 5.09 ตามลำดับ และภาวะแทรกซ้อนที่ระบบไต คิดเป็นร้อยละ 3.44, 3.51, และ 4.11 ตามลำดับ จากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรอง วินิจฉัย การรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานของไทย การดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งต่อ/รับการส่งต่อผู้เป็นเบาหวาน และการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ นอกจากนี้แล้ว ครอบครัวของผู้ป่วยไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ทำให้ขาดการกำกับติดตามดูแลผู้ป่วย จึงไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ อีกทั้งแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยมีการใช้ยาที่มีความหลากหลาย และไม่ตรงกับแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว ภายใต้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคเบาหวาน และช่วยควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเบาหวานได้

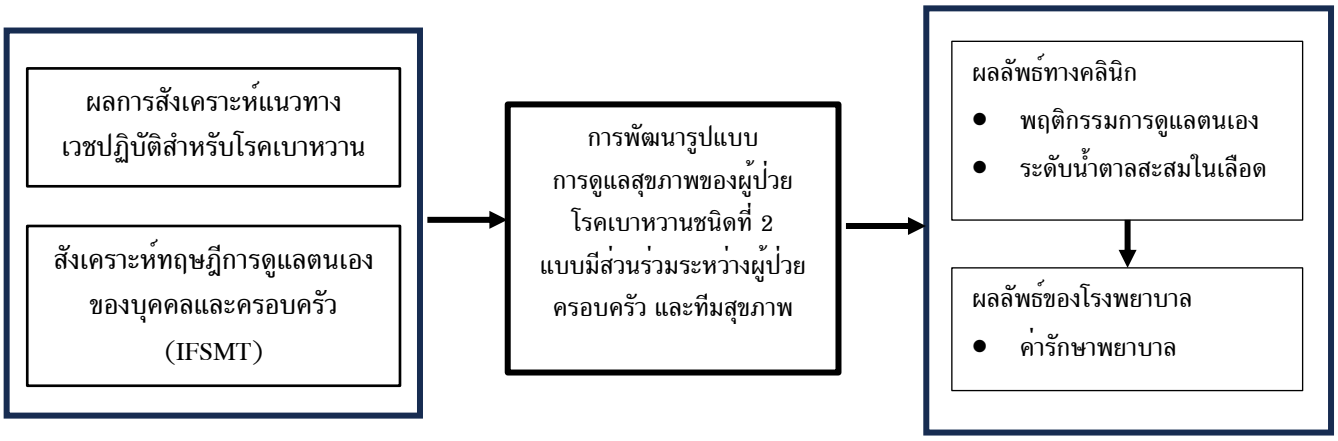
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และค่ารักษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลมาตรฐาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาทฤษฎีการดูแลตนเองของบุคคลและครอบครัว (IFSMT)[16-17] มีความเชื่อว่า ครอบครัวและผู้ป่วยเป็นหน่วยเดียวกัน มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบครอบครัวและมีการเกื้อหนุนให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถเกิดขึ้นได้ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ โดยให้ความรู้ ส่งเสริมทักษะต่าง ๆ กับผู้ป่วยและครอบครัวจนเกิดความสามารถในการควบคุมตนเองได้ และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความเชื่อว่า การมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวภายใต้การดูแลจากทีมสุขภาพ จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้อย่างยั่งยืน และลดค่ารักษาพยาบาลได้ ดังนั้น ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว และศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด รวมถึงผลลัพธ์ของโรงพยาบาล คือ ค่ารักษาพยาบาล สามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาก่อนแล้วตามด้วยการวิจัย ($D_1R_1D_2R_2$)[19-20] มีขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว[16-17] (development ครั้งที่ 1: D1) มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1.1 วิเคราะห์สภาพปัญหาของคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ. 2565 – 2567) พบว่า ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c < 8%) เมื่อเทียบกับเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (เกณฑ์เป้าหมายคือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50) ทำให้

ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนบริเวณเท้า ระบบไต และความผิดปกติทางตา ซึ่งเกิดจากโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่เป็นระบบ และขาดความร่วมมือของครอบครัวผู้ป่วยต่อแผนการรักษา

1.2 การสืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย แนวปฏิบัติที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice guideline) จำนวน 5 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled study) จำนวน 3 เรื่อง การศึกษาไปข้างหน้า (cohort study) หรือการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) จำนวน 5 เรื่อง และบทความวิชาการ จำนวน 4 เรื่อง ทำการประเมินและสังเคราะห์งานวิจัย เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว[16-17] ฉบับร่าง ประกอบด้วย 1) แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ 2) แผนการสอน 3) วิดีทัศน์ และ 4) การกำกับและติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานผ่านการให้บริการพยาบาลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ (tele – nursing)

1.3 ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ประกอบด้วย นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโรคเบาหวาน 1 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความถูกต้องของเนื้อหา

ระยะที่ 2 การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว[16-17] ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 5 คน (research ครั้งที่ 1: R1) เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และอุปสรรคที่สามารถพบได้ในระหว่างการใช้รูปแบบ พร้อมสัมภาษณ์กับผู้เกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ แพทย์ จำนวน 2 คน และพยาบาล จำนวน 3 คน

ระยะที่ 3 การปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว[16-17] (development ครั้งที่ 2: D2) ผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาในระยะที่ 2 ซึ่งทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน มาปรับปรุงรูปแบบการดูแล โดยเฉพาะแผนการสอน มีการใช้ภาษาที่ยากเกินระดับความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว ตัวอย่างอาหารในวิดีทัศน์ไม่ตรงกับอาหารท้องถิ่น ภายหลังจากปรับปรุงแล้ว ผู้วิจัยจัดทำรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว ฉบับสมบูรณ์ ก่อนที่จะนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 4

ก่อนดำเนินการในระยะที่ 4 เพื่อให้พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความเข้าใจตรงกันผู้วิจัยจึงได้จัดอบรมการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้กับพยาบาลทุกคนในคลินิกเบาหวาน โดยบรรยายเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน รวมถึงฝึกทักษะการใช้การใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ระยะที่ 4 ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว[16-17] (research ครั้งที่ 2: R2) ผู้วิจัยกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลระดับทั่วไป จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม การกำหนดขนาดตัวอย่าง จากการคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*POWER ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .90 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[21] ได้จำนวนตัวอย่างเท่ากับ 56 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน ที่ได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน ที่ได้รับการพยาบาลแบบมาตรฐาน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection) มีเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเพศชายหรือเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป 2) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่าร้อยละ 8 3) ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกเบาหวาน อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 4) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยารับประทานเท่านั้น และ 5) ผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น เบาหวานขึ้นตา โรคไตเสื่อมจากเบาหวาน 2) ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนชนิดการใช้ยา เช่น จากยารับประทานเป็นยาฉีด หรือจากยาฉีดเป็นยารับประทานในเวลาไม่เกิน 6 เดือน และ 3) ผู้ป่วยที่ขอถอนตัวจากงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว[16-17] ประกอบด้วย

1.1 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มุ่งเน้นการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ทักษะการดูแลตนเอง และความสามารถในการควบคุมตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด แนะนำการบันทึกการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และสังเกตบริเวณเท้า 2) ครอบครัวของผู้ป่วย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน การส่งเสริมการออกกำลังกายตามวัย และแนวทางการส่งเสริมและให้กำลังใจของครอบครัวกับผู้ป่วย และ 3) ทีมสุขภาพ มีแนวทางการประสานงานร่วมกัน ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การส่งเสริมความรู้ ทักษะในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว แนวทางการส่งต่อข้อมูลเพื่อการรักษา กำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผ่านการประชุมแบบมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพ

1.2 แผนการสอน เรื่อง ดูแลอย่างไรเมื่อเป็นเบาหวาน สำหรับผู้เป็นเบาหวานและครอบครัว ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) การควบคุมอาหาร 3) การออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนักตัว 4) สิ่งที่ห้ามทำ/ควรหลีกเลี่ยง 5) การดูแลเท้า และ 6) สังเกตอาการของน้ำตาลในเลือดสูง สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ใช้เวลาในการสอนบรรยายจำนวน 20 นาที

1.3 วิดีทัศน์เรื่อง จำนวน 2 เรื่อง ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเองอย่างง่ายเมื่อเป็นเบาหวาน และ 2) อาหารตามวิถีของคนอีสาน

1.4 โทรศัพท์มือถือ ใช้ในการกำกับ ติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและให้บริการพยาบาลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ (tele – nursing) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีต่อคน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก สุปรียา เสียงดัง[22] ประกอบด้วย การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง 5 ด้าน จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 5 ข้อ ด้านการรับประทานยา จำนวน 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกายจำนวน 2 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียดจำนวน 4 ข้อ และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติน้อยที่สุด ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติมาก และปฏิบัติมากที่สุด ตามลำดับ การให้คะแนนของข้อคำถามที่แสดงถึงพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4, 5 คะแนน ตามลำดับ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (item content validity index: I-CVI) อยู่ระหว่าง .79 – .85 มีค่าความเที่ยงด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 มีเกณฑ์ในการแปลผลดังนี้[22]

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด

2.3 แบบบันทึกผลลัพธ์ ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และค่ารักษาพยาบาล (บาท)

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SSJ.UB 2568-05.017 รับรองวันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และการรักษาความลับ รวมทั้งได้อ่านเอกสารชี้แจงและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม เพื่อขอใช้ข้อมูลสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย เก็บข้อมูล และใช้สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม

2. การดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพร้อมกันทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใช้เวลาเก็บข้อมูลกลุ่มละประมาณ 10 นาที รวมถึงเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกผลการรักษา เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ ได้รับการชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และใช้การพยาบาลตามมาตรฐาน เกี่ยวกับข้อมูลแผนการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและระดับ

น้ำตาลสะสมในเลือดที่มาตรวจตามนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด และการดูแลตนเองที่บ้าน เป็นต้น และนัดหมายกลุ่มควบคุมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 12) ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

กลุ่มทดลอง มีการสร้างสัมพันธภาพ การนำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด มาประกอบการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีขั้นตอนดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งละ 3 – 5 คน ณ คลินิกเบาหวาน ได้รับการชี้แจงการเข้าร่วมวิจัยร่วมตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสอบถามระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยแต่ละรายที่มาเจาะในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการสอนบรรยาย เรื่อง ดูแลอย่างไรเมื่อเป็นเบาหวาน สำหรับผู้เป็นเบาหวานและครอบครัว ประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 2) การควบคุมอาหาร 3) การออกกำลังกายและการควบคุมน้ำหนักตัว 4) สิ่งที่ห้ามทำ/ควรหลีกเลี่ยง 5) การดูแลเท้า และ 6) สังเกตอาการของน้ำตาลในเลือดสูง สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 2 - 4 สัปดาห์ที่ 2, 4, 8 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการโทรศัพท์กำกับติดตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและให้บริการพยาบาลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ (tele – nursing) รวมทั้งส่งวิดีทัศน์ เรื่อง การดูแลตนเองอย่างง่ายเมื่อเป็นเบาหวาน ผ่าน line application ใช้เวลาประมาณ 10 นาทีต่อคน

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยนัดหมายและพบกลุ่มตัวอย่าง ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม การติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือดโดยใช้ผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ ร่วมกับประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นกลุ่มละ 3 – 5 คน ใช้เวลากลุ่มละประมาณ 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลทุกตัวแปร พิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) มีค่าอยู่ระหว่าง $\pm$ 3 ดังนั้นทุกตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical variable) นำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ ส่วนตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variables) นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยใช้สถิติ Independent sample *t*-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และค่ารักษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน โดยใช้สถิติ Independent sample *t*-test

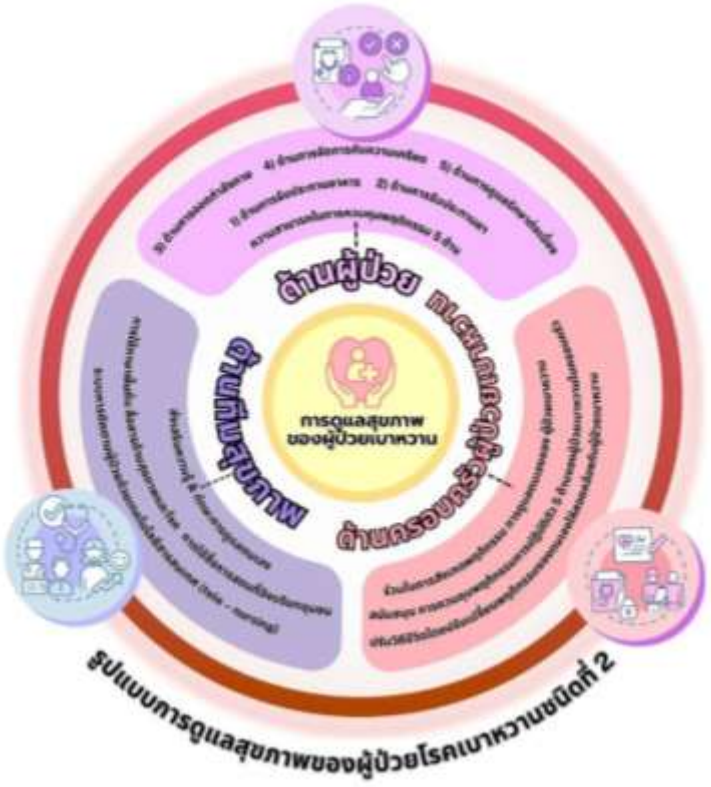
ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.20) มีอายุเฉลี่ย 54.48 (SD=7.09) ปี เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ 51 – 60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.4) รองลงมาคือ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 28.60) และช่วง 61 – 70 ปี (ร้อยละ 25.00) ตามลำดับ ประกอบอาชีพ ทำการเกษตรกรรม (ร้อยละ 67.90) รองลงมาคือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 16.10) ตามลำดับ สำหรับรายได้ต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 94.60) รองลงมาคือ 10,000 – 20,000 บาท (ร้อยละ 3.60) และช่วง 20,001 - 30,000 บาท (ร้อยละ 1.80) ตามลำดับ ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.62 (SD = 3.67) kg/m^2 เมื่อพิจารณาตามช่วงของดัชนีมวลกาย พบว่าอยู่ในช่วง 25 - 29.9 kg/m^2 มากที่สุด (ร้อยละ 48.2) รองลงมาคือ 23 - 24.9 kg/m^2 (ร้อยละ 23.2) และ 18.5 - 22.9 kg/m^2 (ร้อยละ 19.60) ตามลำดับ ระยะที่เป็นโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 9.70 (SD=4.61) ปี และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 67.90)

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว[17-18] มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) อยู่ระหว่าง .85 - 1.00 ถือว่ารูปแบบการดูแลอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ นอกจากนี้แล้ว ผลการประเมินความตรงของการทดลอง (implementation fidelity assessment) พบว่า 1) รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว ประกอบด้วย (1)แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ (2)แผนการสอน (3)วิดีทัศน์ และ (4)การกำกับและติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานผ่านการให้บริการพยาบาลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ 2) ก่อนนำรูปแบบไปใช้จริง ได้นำเสนอกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบรายละเอียดที่ต้องดำเนินการตามรูปแบบ 3) มีการติดตามการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดำเนินการทดลองมีความถูกต้องในระหว่างดำเนินการใช้รูปแบบ และ 4) กลุ่มตัวอย่างได้รับการจัดกระทำตามรูปแบบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลความเหมาะสม และสรุปผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และส่งผลต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว[17-18]

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ของกลุ่มทดลอง (Mean=3.78, SD=.53) กับกลุ่มควบคุม (Mean=3.44, SD=.37) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.007) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร คะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกาย และคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการกับความเครียด ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.014, p=.011, และ p=.017 ตามลำดับ) ขณะที่คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานยาและค่าเฉลี่ยด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง ของกลุ่มทดลองสูงกับกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม ของกลุ่มทดลอง (Mean=4.16, SD=.34) กับกลุ่มควบคุม (Mean=3.50, SD=.35) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=28)		p
	Mean	SD	Mean	SD	
ก่อนการทดลอง					
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	3.78	.53	3.44	.37	.007
ด้านการรับประทานอาหาร	3.79	.38	3.49	.49	.014
ด้านการรับประทานยา	4.35	.63	4.24	.55	.502
ด้านการออกกำลังกาย	2.96	1.17	2.23	.90	.011
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.56	.65	3.07	.83	.017
ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง	4.24	.67	4.17	.54	.664
หลังการทดลอง					
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	4.16	.34	3.50	.35	< .001
ด้านการรับประทานอาหาร	3.92	.25	3.58	.47	.001
ด้านการรับประทานยา	4.65	.41	4.29	.51	.005
ด้านการออกกำลังกาย	3.84	.78	2.25	.88	< .001
ด้านการจัดการกับความเครียด	3.82	.46	3.18	.76	< .001
ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง	4.57	.37	4.21	.50	.003

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่ต้น (ก่อนการทดลอง) ผู้วิจัยจึงใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ในการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยนำคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลองมาเป็นตัวแปรร่วม พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) เมื่อมีการควบคุมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลอง (F(53,2)=69.126, p<.001) ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เมื่อควบคุมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลอง ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

แหล่งความแปรปรวน	*df*	*SS*	*MS*	*F*	*p*	Partial Eta^2	MD	95%CI
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมก่อนการทดลอง	1	4.678	4.678	137.787	< .001	.722	.438*	.333 – .544
วิธีการทดลอง (กลุ่ม)	1	2.347	2.347	69.126	< .001	.566		
ค่าความคลาดเคลื่อน	53	1.800	.034					
รวม	56	834.411						

R^2 = .857, adjusted R^2 = .851, adjusted $M_{\text{experiment group}}$ = 4.05, adjusted $M_{\text{control group}}$ = 3.61

หมายเหตุ: *p < .05, SS = Sum of Squares, MS = Mean Square, MD = Mean Difference

4. ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และค่ารักษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (Mean=10.69, SD=1.54) กับกลุ่มควบคุม (Mean=9.90, SD= 2.20) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง พบว่า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง (Mean=9.89, SD=1.69) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=11.32, SD=1.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.004) เมื่อพิจารณาค่ารักษาพยาบาล โดยรวมค่าใช้จ่ายของยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวานของกลุ่มทดลอง (Mean=413.39, SD=109.45) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=492.54, SD=186.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.029) ดังรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และค่ารักษาพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=28)		*p*
	Mean	SD	Mean	SD	
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด					
ก่อนการทดลอง	10.69	1.54	9.90	2.20	.122
หลังการทดลอง	9.89	1.69	11.32	1.86	.004
ความต่างของค่าเฉลี่ย (MD)	-.80	1.60	1.42	1.83	< .001
ค่ารักษาพยาบาล (บาท)	413.39	109.45	492.54	186.78	.029

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว พบว่า มีคุณภาพในระดับดีมาก สะท้อนได้จากรูปแบบมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) มีค่าอยู่ระหว่าง .85 - 1.00 และผลการประเมินความตรงของการทดลองของผู้ทรงคุณวุฒิมีทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัว[17-18] ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย จากการเสริมแรงจูงใจหรือการสนับสนุนของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับประทานอาหารที่ลดความหวาน การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามวัย ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้จากการดูแลของครอบครัวแล้ว ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสนับสนุนจากทีมสุขภาพด้วย โดยใช้ระบบการติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ (tele – nursing) หรือแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสอบถามอาการผิดปกติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีการจัดการตนเองที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้และลดได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ[23]

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งโดยภาพรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วย และส่งเสริมความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความสามารถในการควบคุมตนเองให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่านการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ภายใต้คำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์และพยาบาล โดยรูปแบบพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว[17-18] ประกอบด้วย แนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ แผนการสอนสำหรับผู้เป็นเบาหวานและครอบครัว วิดีทัศน์ และการติดตามผู้ป่วยโดยใช้บริการพยาบาลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ (tele – nursing) ทำให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้านของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[10-12]

3. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เนื่องจากแนวทางการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ และแผนการสอนสำหรับผู้เป็นเบาหวานและครอบครัวซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในรูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีการใช้ภาษาท้องถิ่นในการอธิบายกับผู้ป่วยและครอบครัว มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค มีการยกตัวอย่างอาหารประกอบโดยใช้ภาษาพื้นบ้านที่ตรงกับบริบทของจังหวัดอุบลราชธานี การรับประทานยาที่ตรงกับบริบทการประกอบอาชีพของผู้ป่วย เพื่อให้การออกฤทธิ์ยามีความคงตัวอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับช่วงอายุตั้งแต่วัยผู้ป่วยใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยาให้ตรงเวลา และการมาตรวจตามนัด เพื่อให้โรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ภายหลังผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับรูปแบบการสนับสนุนการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[10]

นอกจากนี้แล้ว ค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งกลุ่มทดลองสามารถลดค่ารักษาพยาบาลโดยเฉพาะด้านยาเฉลี่ยประมาณ 79 บาทต่อคนภายใน 3 เดือน ทั้งนี้เนื่องจาก แพทย์และพยาบาลได้มุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถลดการใช้ยาตามแผนการรักษาจากแพทย์และพยาบาลได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความรู้และทักษะการดูแลตนเอง สามารถสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านยาได้เฉลี่ย 8 บาทต่อคนต่อวัน หรือ 202.84 บาทต่อคนต่อเดือน[15]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการจัดการตนเองแบบรายบุคคลและครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ส่งผลให้ลดระดับน้ำตาล

สะสมในเลือดได้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ควรนำไปใช้กับโรงพยาบาลระดับชุมชน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยในอำเภอเดชอุดมได้อย่างต่อเนื่อง และคาดหวังให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าสู่ระยะสงบ (diabetes remission)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามระดับน้ำตาลสะสมในเลือดอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่ยาวขึ้น และค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุก 3 เดือนต่อเนื่อง 1 ปี เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

References

1. World Health Organization. Urgent action needed as global diabetes cases increase four-fold over past decades; 2024. Retrieved from https://www.who.int/news/item/13-11-2024-urgent-action-needed-as-global-diabetes-cases-increase-four-fold-over-past-decades
2. Health Data Service Center [HDC]. Diabetes morbidity statistics; 2025. Retrieved from https://hdc.moph.go.th/center/public/main
3. Division of Communicable Diseases (DCD). World Diabetes Day 2024 Campaign; 2024. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47609&deptcode=brc
4. Yang N, Masingboon K, Samartkit N. Factors influencing diabetes self-management among adults with type 2 diabetes mellitus in China. Belitung Nurs J. 2022;8(5):389-95.
5. Hanput D, Rahothan N. Self-care behaviors of type 2 diabetes patients at Danchang Hospital. Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University.2023;2(2):127-38. (in Thai)
6. The Royal College of Physicians of Thailand. Clinical practice guideline for diabetes 2023. Bangkok: Srimuang Printing. (in Thai)
7. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 2025 (11th eds.); 2025. Retrieved from: https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/
8. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Glycemic goals and hypoglycemia: Standards of care in diabetes. Diabetes Care.2025;48(Suppl 1): S128-S45
9. Kadiwee Y, Udontak A. The effects of a motivational conversation program on glycemic control in type 2 diabetic patients at Khao Wong Hospital, Kalasin Province. Journal of Environmental Education Medical and Health.2023;8(2):390-6. (in Thai)
10. Khampetdee S. Model was developed to support health self-management in a chronic disease clinic for patients with uncontrolled type 2 diabetes at Nakhu Hospital, Kalasin Province. Journal of Environmental Education Medical and Health. 2024;9(4):139-49. (in Thai)
11. Pawanna M. The effect of a diabetes self-management program on self-management behavior, Hemoglobin A1c levels and clinical outcomes in uncontrolled type 2 diabetes patients. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2024;8(15):70-82. (in Thai)
12. Tamoolsan A. Effects of diabetes self-management program to self-behavior and hemoglobin A1C of type 2 diabetes patients with uncontrolled glycemic level at Phra Ajarn Mun Bhuridatto Hospital, Sakon Nakhon Province. Journal of Environmental Education Medical and Health;9(1):257-66. (in Thai)

13. Somkla P, Crongphanya S, Namchiangtai W. Effectiveness of Self-Care Programs and Family Participation on Glycemic Control among Patients with Type 2 Diabetesin the Diabetes Clinic of Mahasarakham Hospital. Mahasarakham Hospital Journal. 2024;21(1): 188-202. (in Thai)
14. Niamhom N. Effect of a multidisciplinary intensive targeted care with telephone outreach in patients with poor glycemic control. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2023;17(2): 438-52. (in Thai)
15. Pratuangtham SR, Jerawatana R. Effectiveness of diabetes self - management education in Thais with type 2 Diabetes. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2018;23(1):74-86.
16. Ryan P. Integrated Theory of Health Behavior Change: Background and intervention development. Clin Nurse Spec. 2009;23(3):161-72.
17. Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. Nurs Outlook. 2009;57(4):217-25.
18. Srisang Na Ayutthaya W, Srisuriyawet R, Homsin P. The effects of an individual and family self-management promotion program based on PITS education on self-management behaviors in people with uncontrolled type ii diabetes for slowing renal impairment and improving clinical outcomes. Nursing Journal CMU. 2025;52(4):95-110. (in Thai)
19. Kanjanawasee S. Research and development for Thai education. Silpakorn Educational Research Journal. 2016;8(2):1-18. (in Thai)
20. Wongwanich S. Educational research methodology: Inspiring new perspective. Bangkok: Icon printing; 2016. (in Thai)
21. Chinnawoot S, Sukjaroen J, Anutarakul V. The effect of a transactional program on self-care behavior and blood sugar levels among uncontrolled type 2 diabetic patients. Journal of Health and Nursing Education. 2024;30(3):142-56. (in Thai)
22. Siangdung S. Self-care behaviors of patients with uncontrolled DM. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017;4(1):191-204. (in Thai)
23. Surawong S, Choowattanapakorn, T. The effect of an individual and familyself-management program on HbA1C in older personswith type 2 diabetes mellitus. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2017;29(1):104-16. (in Thai)

การพัฒนารูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรม ที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี

Development of a Model for Transportation Critical Accident and Surgical Patient at the Emergency Department of a Tertiary Hospital in Ubon Ratchathani Province

ปรีชา ศรีบุญเรือง[1], นุสรา วิชย์โกวิทเทน[1], พิศมัย แน่นดี[1], อรทัย วรพิมรัตน์[1], จตุพร ศรีทอง[1], ประภาพร สุวรัตน์ชัย[1]
Preecha Sriboonruang[1], Nussara Vichkovitten[1], Pisamai Nandee[1], Orathai Worapimrat[1], Jatuporn Sritong[1]
Prapaporn Suwaratchai[1]
[1]โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ [1]Sunpasittiprasong Hospital
Corresponding author: Preecha Sriboonruang; Pricha.bun@gmail.com

Received: September 24, 2025 **Revised:** March 30, 2026 **Accepted:** April 10, 2026

บทคัดย่อ

เทคนิคการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่แผนกฉุกเฉิน โดยใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ร่วมกับ 7 Aspects Model of Care ดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนารูปแบบฯ มีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 5 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล 4 คน และระยะที่ 2 ระยะเผยแพร่และการนำรูปแบบไปใช้ฯ มีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 43 คน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล 13 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล 30 คน และกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฯ จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ กลุ่มละ 25 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ความเสี่ยงสัมพัทธ์ ฟิชเชอร์เอ็กแซกเทสต์ และวิลคอกซัน ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบฯ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ก่อนเคลื่อนย้าย ระหว่างเคลื่อนย้าย และหลังการเคลื่อนย้าย โดยทั้ง 3 ระยะ ซึ่งครอบคลุมมิติของ 7 Aspects Model of Care สามารถประเมินและป้องกันอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์จาก 30 เหตุการณ์ที่พบบ่อยในแผนกฉุกเฉินได้ หลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 44.00 เหลือร้อยละ 8.00 [RR = .18; 95% CI (.05, .74); p<.05] จากผลการทดลองใช้บ่งชี้ว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น สามารถลดความเสี่ยงของการเกิดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ ได้ถึงร้อยละ 82.00 เมื่อเทียบกับก่อนใช้รูปแบบฯ นอกจากนั้น ยังพบว่าสมรรถนะของพยาบาลเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์เปลสูงขึ้น ดังนั้น จึงสรุปได้ว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในคลินิก และมีประสิทธิผลช่วยเพิ่มความปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตฯ ที่แผนกฉุกเฉินได้

คำสำคัญ: การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤต; ผู้ป่วยวิกฤต; รูปแบบการเคลื่อนย้าย

Development of a Model for Transportation Critical Accident and Surgical Patient at the Emergency Department of a Tertiary Hospital in Ubon Ratchathani Province

Preecha Sriboonruang[1], Nussara Vichkovitten[1], Pisamai Nandee[1], Orathai Worapimrat[1], Jatuporn Sritong[1]
Prapaporn Suwaratchai[1]
[1]Sunpasittiprasong Hospital
Corresponding author: Preecha Sriboonruang; Pricha.bun@gmail.com

Received: September 24, 2025 **Revised:** March 30, 2026 **Accepted:** April 10, 2026

Abstract

The transfer technique for critical accident and surgical patients is crucial for patient safety. This study aimed to develop and evaluate the effectiveness of a model for transporting critical accident and surgical patients at the emergency department. The study framework integrated the Clinical Practice Guideline Development Framework of the National Health and Medical Research Council (NHMRC), Australia, with the 7 Aspects Model of Care. The research was conducted in two phases: Phase I, the model development phase, consisting of 5 participants (1 physician and 4 nurses); and Phase II, the implementation and evaluation phase, involving 43 personnel (13 nurses and 30 porter staff) and 50 critically ill patients (25 in the pre-implementation group and 25 in the post-implementation group). Data were analyzed using descriptive statistics, relative risk (RR), Fisher's exact test, and the Wilcoxon signed-rank test. The results revealed that the developed model comprised three phases: pre-transportation, during-transportation, and post-transportation. These phases integrated the dimensions of the 7 Aspects Model of Care to identify and prevent 30 common adverse events in the Emergency Department. Post-test results revealed that undesirable incidents among critically ill patients were significantly reduced from 44.00% to 8.00% [RR = .18; 95% CI (.05, 0.74); $p < .05$]. The experimental results indicate that the developed model reduced the risk of adverse events by 82.00% compared to the pre-implementation period. Furthermore, nursing competencies, as well as the satisfaction levels of nurses and stretcher-bearer staff, showed significant improvement. Therefore, it can be concluded that this model is clinically feasible and effective in enhancing nursing safety during the transfer of critically ill patients in the emergency department.

Keywords: critical patient; critical patient transportation; model for transportation

ความเป็นมาและความสำคัญ

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมจากแผนกฉุกเฉินมีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์รุนแรงจากการเคลื่อนย้าย[1-3] ซึ่งสาเหตุมาจากข้อจำกัดในด้านการประเมินผู้ป่วยที่ยุ่งยาก ความพร้อมของอุปกรณ์และทีมบุคลากร[4-6] สอดคล้องกับรายงานต่างประเทศที่พบอุบัติการณ์ดังกล่าวสูงถึงร้อยละ 7.5-17.1 ระหว่างการเคลื่อนย้าย[6-8] โดยมีความรุนแรงของโรค ความพร้อมของเครื่องมือและประสบการณ์ทีมบุคลากรเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงได้ตลอดเวลา[3,9-13] สำหรับประเทศไทยพบว่าการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาใช้สามารถลดระยะเวลา ลดอุบัติการณ์ฯ และเพิ่มความพึงพอใจของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญ[11,14]

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ายังขาดความครอบคลุมด้านการสื่อสาร การเตรียมทีม และระบบการประเมินอุบัติการณ์ที่เป็นมาตรฐานส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพขาดความต่อเนื่อง รวมถึงยังขาดการกำหนดบทบาทของพยาบาลอย่างชัดเจน ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลที่ปฏิบัติงานทางคลินิกทั้ง 7 มิติ (7 Aspects model of care)[15] ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ การจัดการอาการรบกวนต่าง ๆ การดูแลความปลอดภัย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การดูแลอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ/ครอบครัวและ การสร้างความพึงพอใจในการพัฒนา/การใช้รูปแบบฯ จากการทบทวนพบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลันโดยใช้ 7 Aspects model of care[15] ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ด้านการปฏิบัติสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพการพยาบาลและสะท้อนบทบาทของพยาบาลต่อการลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ[16]

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี มีอัตราเฉลี่ยมากกว่า 30 ครั้งต่อวันแต่พบว่ายังขาดแนวทางปฏิบัติและระบบบันทึกที่เป็นมาตรฐาน ผู้ปฏิบัติยังใช้ทักษะประสบการณ์ส่วนบุคคล นอกจากนี้ยังพบว่าการรายงานอุบัติการณ์ยังไม่สะท้อนปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง[11] ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบกำกับติดตามโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อยกระดับความปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมสนับสนุนว่าการนำแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานและแบบตรวจสอบรายการมาใช้ สามารถลดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์และเพิ่มคุณภาพการพยาบาลได้[11-14] ดังนั้นเพื่อลดช่องว่างด้านความปลอดภัยผู้ป่วยวิกฤตขณะทำการเคลื่อนย้ายที่แผนกฉุกเฉินงานวิจัยนี้จึงประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยด้านการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC])[17] ร่วมกับ 7 Aspects model of care[15] เพื่อพัฒนารูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่เน้นหลักฐานเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมอันจะช่วยสร้างมาตรฐานการปฏิบัติงาน ลดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ และยกระดับสมรรถนะของทีมสหวิชาชีพตลอดจนเพิ่มความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติ นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยและคุณภาพการพยาบาลอย่างยั่งยืน[11-16]

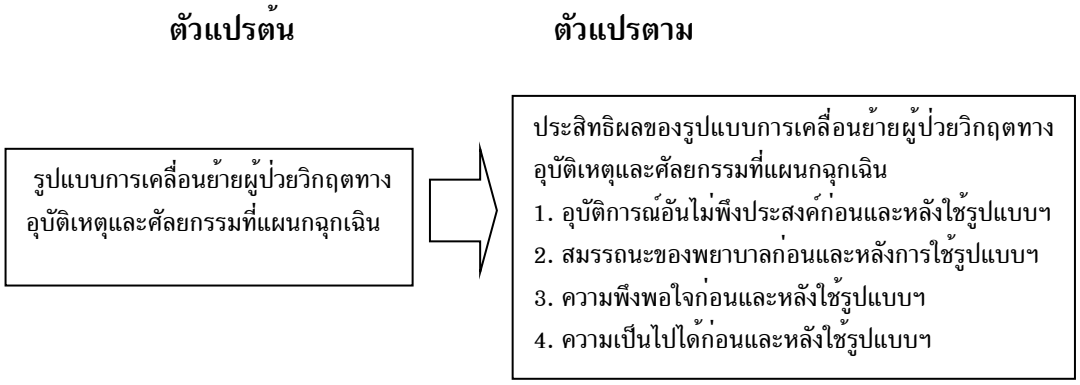
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี

2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้บูรณาการกรอบแนวคิด NHMRC[17] ร่วมกับ 7 Aspects model of care[15] แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนารูปแบบการเคลื่อนย้ายฯ (12 ขั้นตอน) และระยะที่ 2 ระยะการเผยแพร่และใช้รูปแบบฯ ผ่าน 11 กลยุทธ์ จากนั้นประเมินประสิทธิผลหลังการใช้งาน (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development)

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ 1) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลประจำการที่แผนกฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล จำนวน 30 คน 2) ผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่เข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จำนวน 50 คน

กลุ่มเป้าหมายแบ่งตามระยะของการดำเนินการการวิจัยซึ่งมี 2 ระยะดังนี้คือ

ระยะที่ 1 ระยะการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มผู้พัฒนารูปแบบฯ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน หัวหน้าหน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 คน และพยาบาลผู้มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฯ มากกว่า 10 ปี 1 คน

2) กลุ่มผู้ทดลองใช้รูปแบบฯ จำนวน 43 คน ประกอบด้วย พยาบาลประจำการที่แผนกฉุกเฉิน 13 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์เปลประจำการที่แผนกฉุกเฉิน 30 คน โดยไม่เป็นผู้ที่อยู่ในทีมของการพัฒนารูปแบบฯ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

ระยะที่ 2 ระยะการเผยแพร่และใช้รูปแบบฯ กลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มผู้ใช้รูปแบบฯ ได้แก่ พยาบาลประจำการที่แผนกฉุกเฉิน 13 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล 30 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้าเช่นเดียวกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มทดลองใช้รูปแบบฯ

2) กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่เข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเกณฑ์คัดเข้าคือผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตระดับ ESI 1 (สีแดง) มีเกณฑ์ยุติการวิจัยหากปฏิเสธการเข้าร่วมหรือเสียชีวิต และเกณฑ์คัดออกเมื่อระดับความรุนแรงลดลงจากภาวะวิกฤต โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1) กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฯ ก่อนการใช้รูปแบบฯ ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤตฯ ที่เข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในช่วงวันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 25 คน

2.2) กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฯ หลังการใช้รูปแบบฯ ได้แก่ ผู้ป่วยวิกฤตฯ ที่เข้าบริการที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในช่วงวันที่ 1- 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 25 คน

ขนาดตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฯ

การกำหนดขนาดกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยวิกฤตฯ ในครั้งนี้ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size [d]) ที่ .80 ตามมาตรฐานงานวิจัยทางการพยาบาล[18] โดยอ้างอิงข้อมูลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยของสุรัตน์ ครำสุขและคณะ[14] คำนวณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้ขนาดกลุ่มเป้าหมายกลุ่มละ 21 คน เพื่อเพิ่มอำนาจการทดสอบ ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนขึ้นร้อยละ 20 รวมเป็น 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 25 คนก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1) รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด NHMRC[17] ร่วมกับ 7 Aspects model of care[15] ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ระยะก่อนเคลื่อนย้าย ขณะเคลื่อนย้าย และหลังการเคลื่อนย้ายโดยมีแบบประเมินอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมในการบันทึกข้อมูล

2) คู่มือการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด NHMRC[17] ร่วมกับ 7 Aspects model of care[15] ที่สอดคล้องและอธิบายเกี่ยวกับการดำเนินงานตามรูปแบบฯ เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเพิ่มความเข้าใจต่อการปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินอุบัติการณ์ฯ (Adverse Event Assessment Form for Intra-hospital Transportation of Critically Ill Patients in Trauma and Surgical [AEA-IHTCTS Form]) พัฒนาโดยสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์[3,4,8,9,11-13] เป็นแบบตรวจสอบรายการ(checklist) ครอบคลุม 30 เหตุการณ์สำคัญโดยกำหนดเกณฑ์ได้แก่“มี” (เกิดอุบัติการณ์) “ไม่มี” (ไม่เกิดอุบัติการณ์) และ “NA” (ไม่เกี่ยวข้อง) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ในการเฝ้าระวังและบันทึกความปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตฯ อย่างเป็นระบบ

2) แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (ถามเฉพาะเจ้าหน้าที่พยาบาล) พัฒนาตามกรอบแนวคิด 7 Aspects model of care[15] ครอบคลุมทั้ง 7 ด้าน รวม 25 ข้อคำถาม ใช้

มาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ (5=สูงมาก ถึง 1=ต้องพัฒนา) เพื่อประเมินและเปรียบเทียบความสามารถทางคลินิกของพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ อย่างเป็นระบบตามมาตรฐานวิชาชีพ

3) แบบประเมินความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ (ถามพยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล) พัฒนาจากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ครอบคลุมมิติบทบาทของบุคลากร ความปลอดภัยของผู้ป่วย ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ และการเข้าถึงรูปแบบฯ[14,16] รวม 15 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ (5=สูงมาก ถึง 1=ไม่พึงพอใจอย่างมาก) เพื่อเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ในสถานการณ์จริง

4) แบบประเมินความเป็นไปได้ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิกของพิกุล นันทชัยพันธ์[19] (ถามเฉพาะเจ้าหน้าที่พยาบาล) ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ใช้มาตรวัดลิเคิร์ท 5 ระดับ (5=เป็นไปได้สูงมาก ถึง 1=น้อยมาก) เพื่อประเมินและเปรียบเทียบระดับความเหมาะสมและความยากง่ายในการนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติจริงในบริบทของแผนกฉุกเฉิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หาความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ(Scale-level content validity average proportion [S-CVI/Ave]) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับทุกเครื่องมือเท่ากับ 1

ทดสอบความเชื่อมั่นในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายการวิจัยจำนวน 30 ราย โดยแบบประเมินอุบัติการณ์ฯ ได้ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20(Kuder-Richardson 20 [KR-20]) เท่ากับ 0.96 แบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ และแบบประเมิน ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .97, .89 และ .84

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมวิจัยศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาโครงร่างการวิจัย เครื่องมือการวิจัยฉบับร่างช่วงเดือน กรกฎาคม 2567 - สิงหาคม 2567 และยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในเดือนกันยายน 2567 หลังผ่านการรับรองวันที่ 15 ตุลาคม 2567 จึงเริ่มดำเนินการในเดือนตุลาคม 2567 ถึง เดือนสิงหาคม 2568 โดยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ 12 ขั้นตอนตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 มีรายละเอียดดังนี้

1. กำหนดความต้องการและขอบเขตการพัฒนารูปแบบฯ
2. มีการจัดตั้งทีมพัฒนาฯ ตามคุณสมบัติที่กำหนดตามความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายของการใช้รูปแบบฯ เพื่อการพัฒนารูปแบบฯ ให้มีประสิทธิภาพสำหรับใช้ในกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฯ เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาและอาการทางคลินิกได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พิเศษสูงกว่ากลุ่มอื่นส่งผลต่อความปลอดภัยอย่างมาก
4. กำหนดผลลัพธ์ทางสุขภาพเพื่อลดอุบัติการณ์ฯ พร้อมประเมินผลลัพธ์เชิงกระบวนการด้านสมรรถนะพยาบาล ความเป็นไปได้ และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ

5. การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์โดยสังเคราะห์งานวิจัยพัฒนารูปแบบฯ ตามกรอบ NHMRC[17] บูรณาการร่วมกับ 7 Aspects model of care[15] โดยกำหนดคำสำคัญและกลุ่มเป้าหมายคือ “Critically Ill Trauma Patients” “Critically Ill Surgical Patients” “Intra-hospital transportation” “Intra-hospital transportation Adverse Event” เพื่อสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ โดยประเภทของหลักฐานที่ใช้ประกอบด้วย Systematic Reviews, RCTs, Meta-analysis, Case control study, Clinical practice guidelines และ Best practice จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานตามเกณฑ์ (The Joanna Briggs Institute. New JBI levels of evidence [JBI])[20] โดยหลักฐานที่เกี่ยวข้อง 15 เรื่อง อยู่ในระดับ 1b จำนวน 5 เรื่อง , 2b จำนวน 1 เรื่อง, 2c จำนวน 7 เรื่อง, 2d จำนวน 1 เรื่อง, 2e จำนวน 1 เรื่อง และทุกเรื่องอยู่ในระดับข้อเสนอแนะ A สะท้อนถึงความน่าเชื่อถือและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสูง

6. กำหนดร่างรูปแบบฯ จากการบูรณาการ 7 Aspects model of care[15] โดยทีมพัฒนาฯ

7. จัดทำแผนการเผยแพร่การใช้รูปแบบฯ และรับฟังประชาพิจารณ์จากกลุ่มผู้จะใช้รูปแบบฯ

8. จัดทำแผนการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไขรูปแบบฯ ให้เหมาะสม ก่อนนำไปใช้จริง

9. จัดทำรายงานเนื้อหาสาระของรูปแบบฯ คู่มือการปฏิบัติงานตามรูปแบบฯ เป็นรูปเล่มและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์(E-book) ผ่านคิวอาร์โค้ด (QR code) และเว็บลิงก์(web-Link)

10. รายงานกระบวนการพัฒนารูปแบบฯ สรุปเป็นส่วนหนึ่งของโครงการและงานวิจัยครั้งนี้

11. การตรวจสอบคุณภาพรูปแบบฯ โดยทีมวิจัยประสานผู้ทรงคุณวุฒิที่มีคุณสมบัติตามที่ได้กำหนดเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาสาระของรูปแบบฯ คู่มือฯ และเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้น

12. การปรึกษาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เข้าร่วมการพัฒนารูปแบบฯ เพื่อหาข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการพัฒนารูปแบบฯ

ระยะที่ 2 ระยะเผยแพร่และใช้รูปแบบฯ ที่แผนกฉุกเฉินดำเนินการวันที่ 1 มีนาคม 2568 ถึง 31 กรกฎาคม 2568 ตามขั้นตอนดังนี้

ก่อนการนำรูปแบบฯ ลงสู่การปฏิบัติทีมวิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ฯ จากผู้ป่วยวิกฤตฯ จำนวน 25 ราย ในช่วงวันที่ 1-31 มีนาคม 2568 จากนั้นในช่วงวันที่ 1-30 เมษายน 2568 ทำการประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ความพึงพอใจต่อการใช้งานรูปแบบฯ (พยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล) และความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ที่เป็นงานประจำบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์หลังการใช้รูปแบบฯ บางกิจกรรมอาจมีการซ้อนทับของช่วงเวลาในการดำเนินการวิจัย

1. ทำการเผยแพร่รูปแบบฯ เพื่อนำไปใช้ที่แผนกฉุกเฉินโดย

1.1 ทีมวิจัยจัดทำสื่อการเรียนรู้ในช่วงวันที่ 15-30 เมษายน 2568 เพื่อให้กลุ่มผู้ทดลองใช้และผู้ใช้รูปแบบฯ ได้ศึกษาข้อมูลและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกตลอดเวลา

1.2 การเตรียมการก่อนนำรูปแบบฯ ไปใช้ที่แผนกฉุกเฉิน โดยทีมวิจัยใช้เวที การรับส่งเวรเช้าทุกวันในช่วงวันที่ 1-15 พฤษภาคม 2568 สำหรับชี้แจงข้อมูล เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย 43 คน (กลุ่มทดลองใช้และกลุ่มผู้ใช้รูปแบบฯ มี พยาบาล 13 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล 30 คน) คนได้รับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตามรูปแบบฯ อย่างครบถ้วนและเข้าใจ

2. ทดลองใช้รูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ในช่วงวันที่ 16-31 พฤษภาคม 2568 เพื่อประเมินความเข้าใจและเพื่อติดตามการปฏิบัติตามรูปแบบฯ ให้เกิดความถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้นโดย

พบว่ามีการปรับปรุงแบบประเมินอุบัติการณ์ฯ จากคำว่า “YES” และ “NO” เป็นคำว่า “มี” และ “ไม่มี” ตามผู้ปฏิบัติซึ่งทำให้เข้าใจและง่ายต่อการใช้งานมากขึ้น

3. นำรูปแบบฯ ไปใช้ที่แผนกฉุกเฉินในช่วงวันที่ 1-30 มิถุนายน 2568 ประยุกต์ใช้ 11 กลยุทธ์ตามกรอบ NHMRC[17] ดังนี้

3.1 การมีผู้นำทางความคิดในทีมพัฒนารูปแบบฯ
3.2 การมีกลุ่มงานให้การรับรองรูปแบบฯ
3.3 มีการเยี่ยมสำรวจระหว่างใช้รูปแบบฯ
3.4 การชี้นำความรู้ของผู้ปฏิบัติเป็นสื่อกลาง
3.5 การมีสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม
3.6 การส่งเสริมการสัมมนาและประชุมกลุ่ม
3.7 การมีระบบกระตุ้นเตือนผ่านการปฏิบัติงานประจำ
3.8 การผลักดันเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ
3.9 การปรับให้สอดคล้องกับบริบท
3.10 การสร้างแรงจูงใจในการใช้รูปแบบฯ
3.11 การใช้ประโยชน์จากสื่อสารสนเทศที่ทันสมัย

โดยทั้ง 11 กลยุทธ์ถูกนำไปใช้ในแต่ละระยะของการวิจัยตั้งแต่ช่วงการพัฒนารูปแบบฯ ช่วงการเตรียมการเพื่อเผยแพร่รูปแบบฯ ในช่วงทดลองใช้รูปแบบฯ และช่วงเวลาการนำรูปแบบฯ ไปใช้

4. หลังการทดลองและการใช้รูปแบบฯ ทีมวิจัยทำการประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติตามรูปแบบฯ จากแบบประเมินอุบัติการณ์ฯ ในช่วงวันที่ 1-31 กรกฎาคม 2568 โดยกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยวิกฤตฯ 25 คน ตรวจสอบข้อมูลทำการบันทึกผลลัพธ์ ประเมินสมรรถนะทางการพยาบาล ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ (พยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล) ในช่วงวันที่ 1-31 สิงหาคม 2568 บันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์

5. ทีมวิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล วิเคราะห์ สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เลขที่ CA code 082/2567 รหัสโครงการ 077/67 C ลงวันที่รับรอง 15 ตุลาคม 2567 หลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทีมวิจัยดำเนินการตามหลักของการเข้าร่วมวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเป้าหมายอย่างเคร่งครัด รวบรวมบันทึกข้อมูลเฉพาะส่วนที่เกี่ยวและปกปิดเป็นความลับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบอุบัติการณ์ฯ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วย relative risk (RR) ทดสอบความแตกต่างของอุบัติการณ์ฯ ด้วย Fisher’s exact test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะของพยาบาล เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ที่แผนกฉุกเฉิน และ

คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ (พยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ ด้วย Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบฯ และส่วนที่ 3 ประสิทธิผลของรูปแบบฯ โดยมีรายละเอียดดังนี้

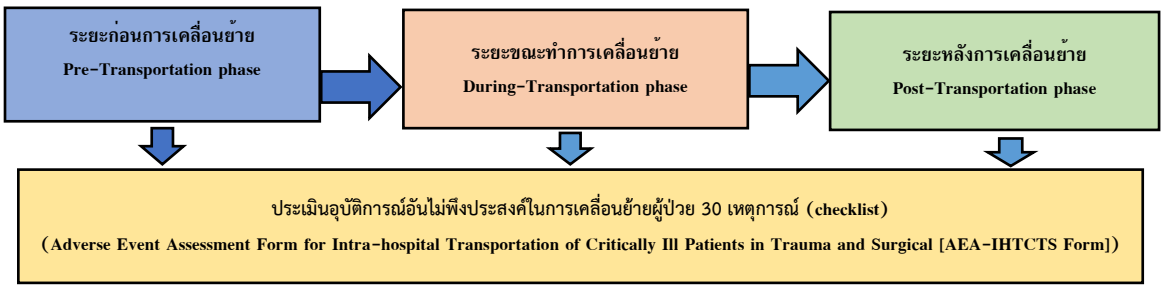
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

1.1 กลุ่มผู้ทดลองใช้และผู้ใช้รูปแบบฯ แบ่งเป็นพยาบาล 13 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.23) ช่วงอายุตั้งแต่ 30-45 ปี อายุเฉลี่ย 37 ปี (SD=5.44) การศึกษาจบปริญญาตรีทั้งหมด 13 คน (ร้อยละ 100) ประสบการณ์การปฏิบัติงานส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 69.23) เจ้าหน้าที่ศูนย์เปล จำนวน 30 เป็นเพศชายทั้งหมด (ร้อยละ 100) อายุตั้งแต่ 22-54 ปี อายุเฉลี่ย 38 ปี (SD=9.70) การศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 83.33) ประสบการณ์การปฏิบัติงานส่วนใหญ่ 6-10 ปี (ร้อยละ 50)

1.2 กลุ่มผู้บาดเจ็บวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรม แบ่งเป็นกลุ่มก่อนการใช้รูปแบบฯ ในช่วงวันที่ 1-30 เมษายน 2568 จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เพศชาย 21 คน (ร้อยละ 81.00) ช่วงอายุตั้งแต่ 15-77 ปี (เฉลี่ย 46.88 ปี SD=19.23) ช่วงเวลาที่มีการเคลื่อนย้ายมากที่สุดเวลา 08:00-16:00 น. (ร้อยละ 48.00) ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุ 16 คน (ร้อยละ 64) และกลุ่มหลังการใช้รูปแบบฯ ในช่วงวันที่ 1-19 กรกฎาคม 2568 จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เพศชาย 19 คน (ร้อยละ 76) ช่วงอายุตั้งแต่ 17-87 ปี (เฉลี่ย 48.88 ปี SD=21.96) ช่วงเวลาที่มีการเคลื่อนย้ายมากที่สุดเวลา 00.00-08.00 น. (ร้อยละ 44) ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุ 18 คน (ร้อยละ 72)

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรม

รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นแบ่งการปฏิบัติพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ก่อน ระหว่าง และหลังการเคลื่อนย้าย ซึ่งครอบคลุมครบทุกมิติตาม 7 Aspects model of care[15] จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านการสังเคราะห์งานวิจัยพบอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดมากที่สุดที่แผนกฉุกเฉิน 30 อุบัติการณ์ ซึ่งสามารถนำมาจัดกลุ่มเป็น 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูล (information) ด้านบุคลากร (personal) ด้านผู้ป่วย (patient) และด้านอุปกรณ์ (equipment) สามารถนำมาพัฒนาเป็นแบบประเมินอุบัติการณ์ฯและเฝ้าระวังร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้เคลื่อนย้ายและพยาบาลหน่วยงานปลายทาง โดยรูปแบบฯ เน้นการประเมินสภาพ เตรียมความพร้อม เฝ้าระวัง แก้ปัญหาเฉพาะหน้า และการสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ เพื่อลดความเสี่ยงและสามารถจัดการอุบัติการณ์ฯ อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยสูงสุด ดังแสดงในภาพที่ 2 สรุปตาม (ภาพที่ 2)



โดยแต่ละระยะมีเนื้อหาสาระหลัก ดังนี้



ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่แผนกฉุกเฉิน

ส่วนที่ 3 ประสิทธิผลของรูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรม

ตารางที่ 1 แสดงผลลัพธ์ของรูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรม

ผลลัพธ์ของรูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรม	ก่อนใช้รูปแบบฯ N=25 (ร้อยละ)		หลังใช้รูปแบบฯ N=25 (ร้อยละ)		RR	95%CI	p-value
	มี	ไม่มี	มี	ไม่			
อุบัติการณ์ฯ รวม	11 (44)	14 (56)	2 (8)	23 (92)	.18	.05-.74	.010
ประเภทอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจาก 30 อุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์							
การเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ	7 (28)	16 (72)	2 (8)	23 (92)	.29	.07-1.25	.145
ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	3 (12)	22 (88)	2 (8)	23 (92)	.67	.12-3.66	1.00
ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ	3 (12)	22 (88)	0	0	.00	.00-1.21	.235
ภาวะความดันโลหิตต่ำ	3 (12)	22 (88)	0	0	.00	.00-1.21	.235
ปัญหาทางเดินหายใจ	2 (8)	23 (92)	0	0	.00	.00-2.35	.490
ปัญหาการจัดการบาดแผล	2 (8)	23 (92)	0	0	.00	.00-2.35	.490

ผลลัพธ์ของรูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรม	ก่อนใช้รูปแบบฯ N=25 (ร้อยละ)		หลังใช้รูปแบบฯ N=25 (ร้อยละ)		RR	95%CI	p-value
	มี	ไม่มี	มี	ไม่			
ท่อทางเดินหายใจเลื่อน	2 (8)	23 (92)	0	0	.00	.00-2.35	.490
ปัญหาการหายใจ	1 (4)	24 (96)	0	0	.00	.00-7.46	1.00
ภาวะสับสน	1 (4)	24 (96)	0	0	.00	.00-7.46	1.00
อุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพ	1 (4)	24 (96)	2 (8)	23 (92)	2.00	.19-21.03	1.00
ปัญหาเครื่องช่วยหายใจ	1 (4)	24 (96)	0	0	.00	.00-7.46	1.00
ปัญหาระบบจ่ายออกซิเจน	1 (4)	24 (96)	0	0	.00	.00-7.46	1.00
การบริหารยาความเสี่ยงสูง	1 (4)	24 (96)	0	0	.00	.00-7.46	1.00

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ พบอุบัติการณ์ฯ โดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 44 เหลือร้อยละ 8 (RR = 0.18; 95% CI [0.05, 0.74]; p<.05) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนาทำให้กลุ่มผู้ป่วยวิกฤตฯ หลังใช้รูปแบบฯ มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ฯ เพียง .18 เท่าของกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ หรืออีกนัยคือรูปแบบฯ ที่พัฒนาสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติการณ์อันฯ ร้อยละ 82 เมื่อเทียบกับกลุ่มก่อนใช้รูปแบบฯ , มีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพลดลงจากร้อยละ 28 เหลือร้อยละ 8 (RR=.29; 95% CI [.07, 1.2; p=.145), ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะลดลงจากร้อยละ 12 เหลือร้อยละ 8 (RR=.67; 95% CI [.12, 3.66]; p=1.00), การติดอุปกรณ์วัดสัญญาณชีพเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (จากร้อยละ 4 เป็นร้อยละ 8; RR=2.00; 95% CI [.19, 21.03]; p=1.00) และอุบัติการณ์ออกซิเจนในเลือดต่ำ ความดันโลหิตต่ำ เกี่ยวกับทางเดินหายใจ เกี่ยวกับการจัดการบาดแผล เกี่ยวกับท่อทางเดินหายใจ เกี่ยวกับการหายใจ ภาวะสับสน เกี่ยวกับเครื่องช่วยหายใจ เกี่ยวกับระบบจ่ายออกซิเจน และเกี่ยวกับการบริหารยาความเสี่ยงสูงลดลงโดยไม่พบอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังการใช้รูปแบบฯ (RR=.00; p>.05) อย่างไรก็ตามแม้ว่าอุบัติการณ์บางรายการมีแนวโน้มลดลงแต่ความถี่อุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์มีระดับต่ำทำให้ไม่พบความแตกต่างระดับนัยสำคัญทางสถิติซึ่งพบเฉพาะอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์โดยรวมจากทั้งหมด

ตารางที่ 2 แสดงผลลัพธ์ด้านสมรรถนะของพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์เปลและความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้พยาบาล ก่อนและหลังการใช้รูปแบบฯ

ผลลัพธ์	Mean	SD	Median	IQR (Q1-Q3)	Mean rank	Z	p-value
สมรรถนะของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบฯ							
หลังการใช้รูปแบบฯ (n=13)	109.69	1.93	110	2.5 (109-111)	7.0	-3.19	.001
ก่อนการใช้รูปแบบฯ (n=13)	87.00	2.31	87.00	4.0 (86-90)			

ผลลัพธ์	Mean	SD	Median	IQR (Q1-Q3)	Mean rank	Z	p-value
ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล							
หลังการใช้รูปแบบฯ (n=43)	63.24	3.52	62.00	7.5 (60-67.5)	22.49	-5.70	<.001
ก่อนการใช้รูปแบบฯ (n=43)	56.27	4.25	54.00	4.5 (52-56.5)			
ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ ในพยาบาล							
หลังการใช้รูปแบบฯ (n=13)	27.92	.86	28.00	1.0 (27-28)	7.0	-3.18	<.001
ก่อนการใช้รูปแบบฯ (n=13)	23.54	2.26	24.00	3.0 (22-25)			

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปใช้ (ประเมินโดยพยาบาล) มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=27.92, Median=28.00, IQR =27.00-28.00; Z=-3.18, p<.001) สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลมองเห็นความเป็นไปได้และความเหมาะสมของรูปแบบฯ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ด้านสมรรถนะของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบฯ พบว่าภายหลังการใช้รูปแบบฯ มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=109.69, Median=110.00, IQR=109.00-111.00; Z=-3.19, p=.001) สะท้อนถึงการยกระดับสมรรถนะของพยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตฯ ได้อย่างมีประสิทธิผล นอกจากนี้ ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบฯ ของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์เปล ภายหลังการใช้รูปแบบฯ มีคะแนนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=63.24, Median=62.00, IQR=60.00-67.50; Z=-5.70, p<.001) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความพึงพอใจของผู้ใช้งานในทีมสหวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด NHMRC[17] ทั้ง 12 ขั้นตอน บูรณาการร่วมกับ 7 Aspects model of care[15] ทำให้ได้รูปแบบที่แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเคลื่อนย้าย ระยะระหว่างเคลื่อนย้าย และระยะหลังการเคลื่อนย้าย ซึ่งกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนนี้ครอบคลุมมิติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างครอบคลุมปลอดภัย โดยการบูรณาการดังกล่าวช่วยยกระดับคุณภาพการดูแลในทุกมิติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสอดคล้องกับการศึกษาของสุธาวัลย์ สัญจรดี, พนิดา พวงไพบูลย์ และนิสากร เห็มชนาน[16] พบว่าการใช้ 7 Aspects model of care[15] ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพทางการพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มสมรรถนะพยาบาล นอกจากนี้การนำรูปแบบฯ ไปใช้จริงที่แผนกฉุกเฉินตามกรอบแนวคิด NHMRC[17] ทั้ง 11 กลยุทธ์ยังช่วยจัดการปัญหาการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงรูปแบบปฏิบัติงานใหม่จากภาระงานประจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้ง 11 กลยุทธ์เหล่านี้ช่วยสร้างแรงจูงใจและเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมเสนอแนวคิดเพื่อปรับปรุงความปลอดภัยของรูปแบบฯ ผ่านการทำประชาพิจารณ์ และมีเวทีในการให้ข้อเสนอแนะในทุกช่วงของการรับ-ส่งเวร ซึ่งกระบวนการนี้ เปรียบเสมือนการสร้างให้บุคลากรทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ผลจากการมีส่วนร่วมดังกล่าวส่งผลให้ระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สูงขึ้น และเพิ่มความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้จริงที่แผนกฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประสิทธิผลของรูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดอุบลราชธานี

2.1 ผลลัพธ์ด้านอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการเคลื่อนย้ายหลังการใช้รูปแบบฯ พบว่าอุบัติการณ์ฯ โดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 44 เหลือร้อยละ 8 (RR=.18; 95% CI [.05, .74]; p<.05) สะท้อนถึงการจัดการประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมอย่างเป็นระบบนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรมสอดคล้องกับการศึกษาของ Williams et al.[12] และ Veiga et al.[6] ที่พบว่าการประเมินสถานการณ์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเคลื่อนย้ายช่วยลดอุบัติการณ์ฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การนำรูปแบบฯ ไปปฏิบัติยังช่วยพัฒนาทักษะการจัดการภาวะวิกฤตจากทีมบุคลากรสอดคล้องกับการศึกษาของ Blakeman and Branson[2] ที่ระบุว่าการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจต้องอาศัยทีมที่มีประสิทธิภาพในการประเมินและแก้ปัญหาในขณะเดียวกันต้องมีการสื่อสารข้อมูลผ่านแบบตรวจสอบรายการ (checklist) ทำให้ยังช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Canellas et al.[3], Veiga et al.[6] และ Williams et al.[12] แต่มีข้อสังเกตเมื่อพิจารณาอุบัติการณ์แต่ละประเภททั้ง 13 อุบัติการณ์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากความถี่ของอุบัติการณ์และขนาดกลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก ทำให้อำนาจทดสอบทางสถิติ (statistical power) ต่ำ ซึ่งควรพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาอนาคต อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาคุณค่าทางปฏิบัติ (practical implication) ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มวิกฤตที่แผนกฉุกเฉินซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนแต่อุบัติการณ์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลงยกเว้นอุบัติการณ์การติดอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพไม่เพียงพอ ซึ่งเกิดจากการมีผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับบริการซ้อนกัน ข้อค้นพบนี้ถือเป็นความเสี่ยงเชิงระบบที่จำเป็นต้องนำเสนอต่อระดับผู้บริหารเพื่อวางแผนในการบริหารจัดการต่อไป

2.2 ผลลัพธ์ด้านสมรรถนะของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบฯ พบว่าหลังการใช้รูปแบบฯ สมรรถนะของพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=.001) สะท้อนว่าการมีรูปแบบฯ หรือแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานช่วยยกระดับความสามารถทางคลินิกของบุคลากรได้อย่างชัดเจนสอดคล้องกับการศึกษาของ Williams et al.[12] และการศึกษาของสุธาวัลย์ สัญจรดี, พนิดา พวงไพบูลย์ และนิสากร เห็มชนาน[16] ที่พบว่าแนวปฏิบัติที่มีมาตรฐานช่วยเพิ่มความรู้และความสามารถจัดการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การบูรณาการ 7 Aspects model of care ช่วยให้การตอบสนองต่ออุบัติการณ์ฯ เป็นระบบและลดความหลากหลายในการปฏิบัติ ซึ่งการมีแนวทางและแบบประเมินอุบัติการณ์ฯ ที่ชัดเจนยังทำหน้าที่เสริมสร้างการเรียนรู้ (cognitive scaffold) ช่วยให้พยาบาลคาดการณ์ วางแผนและเฝ้าระวังอุบัติการณ์ฯ ได้อย่างครอบคลุมแม้ในสถานการณ์กดดันหรือบริบทที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร การมีรูปแบบฯ ที่ชัดเจนรัดกุมนี้จึงช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากบุคคล (human error) และสามารถยกระดับสมรรถนะได้อย่างต่อเนื่องทั้งในระดับบุคคลและระดับทีม

2.3 ผลลัพธ์ด้านความพึงพอใจของพยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์เปลต่อการใช้รูปแบบฯพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบฯ ที่พัฒนามีความชัดเจน ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ และช่วยสร้างความมั่นใจให้ทีมสหวิชาชีพ[14] นอกจากนี้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจสอดคล้องกับการศึกษาของ Bergman et al.[21] ที่พบว่าการให้ข้อมูลและการสนับสนุนส่งผลต่อความพึงพอใจในระบบบริการที่สูงขึ้น ซึ่งระดับความพึงพอใจที่เพิ่มขึ้นไม่เพียงสะท้อนความรู้สึกเชิงบวก แต่ยังแสดงถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วม (engagement) และการเสริมสร้างพลัง

อำนาจ (empowerment) ในการตัดสินใจและแก้ปัญหาของบุคลากร สอดคล้องตามกรอบแนวคิด NHMRC[17] ซึ่งการมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพช่วยลดความเครียด เพิ่มความร่วมมือในทีมและยกระดับการสื่อสารระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเป็นรูปธรรม

2.4 ผลลัพธ์ด้านความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบฯ ไปใช้ที่แผนกฉุกเฉินพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สอดคล้องกับแนวคิดความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (feasibility) และการยอมรับการเปลี่ยนแปลง (acceptability) เป็นหัวใจสำคัญของความยั่งยืนในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก[13,19-20] โดยเฉพาะในบริบทแผนกฉุกเฉินที่มีสถานการณ์เร่งรีบและกดดันตลอดเวลา ซึ่งมักเกิดการต่อต้านหากรูปแบบฯ มีความซับซ้อนเกินไป แต่รูปแบบฯ ในการศึกษาครั้งนี้ถูกออกแบบโดยยึดผู้ปฏิบัติให้มีส่วนร่วมต่อการพัฒนารูปแบบฯ ตามกรอบแนวคิด NHMRC[17] ที่เน้นการมีส่วนร่วม การทำประชาพิจารณ์ และการปรับแก้ตามบริบทจริงของผู้ใช้งาน จึงส่งผลให้ทีมพยาบาลเกิดการยอมรับ (compliance) และนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง (adoption) ทำให้ผลลัพธ์ด้านต่าง ๆ เป็นไปในทิศทางบวก ซึ่งถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพขององค์กรต่อไป

โดยสรุป รูปแบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่พัฒนา สามารถลดอุบัติการณ์อันไม่พึงประสงค์ ยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยในแผนกฉุกเฉิน และเพิ่มสมรรถนะของทีมได้อย่างเป็นรูปธรรม[10-12] นอกจากนี้ยังสะท้อนถึงคุณค่าวิชาชีพพยาบาลในฐานะแกนนำหลักในการขับเคลื่อนและปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วยวิกฤตตลอดการเคลื่อนย้ายได้

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ด้านระเบียบวิธีวิจัย แม้ผลการวิเคราะห์จะแสดงค่าสถิติที่สำคัญอย่างครบถ้วน แต่การศึกษาในสถานการณ์จริงทำให้ขาดกลุ่มควบคุมที่เหมาะสมและยากต่อการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ซึ่งอาจส่งผลให้การประเมินขนาดอิทธิพล (Effect Size) สูงเกินจริงผู้อ่านจึงควรพิจารณาผลลัพธ์ด้วยความระมัดระวัง

2. ด้านการนำผลวิจัยไปใช้ รูปแบบฯ มีความจำเพาะกับผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรมที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทำให้ความเที่ยงตรงภายนอก (external validity) มีข้อจำกัด การประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นจึงควรพิจารณาให้สอดคล้องกับทรัพยากรของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1. แผนกฉุกเฉินควรนำรูปแบบฯ ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นมาตรฐานความปลอดภัยในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤตทางอุบัติเหตุและศัลยกรรม

2. ควรออกแบบการวิจัยโดยใช้กลุ่มควบคุม (control group) ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมในการเปรียบเทียบ และควรมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (confounders) ให้รัดกุมเพื่อยืนยันความแม่นยำของขนาดอิทธิพล (effect size) พร้อมขยายผลสู่ผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มอื่นเพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงภายนอก (external validity) ตลอดจนพัฒนาแบบประเมินอุบัติการณ์ฯ สู่แอปพลิเคชันแบบเรียลไทม์

ทุนสนับสนุน

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์พัฒนาและส่งเสริมการวิจัยโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

References

1. Murata M, Nakagawa N, Kawasaki T, Yasuo S, Yoshida T, Ando K, et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. Am J Emerg Med. 2022 Feb;52:13-9.
2. Blakeman TC, Branson RD. Inter- and intra-hospital transport of the critically ill. Respir Care. 2013 June 1;58(6):1008-23.
3. Canellas M, Palma I, PontÍfice-Sousa P, Rabiais I. Checklist para o transporte intra-hospitalar seguro do doente crÍtico: A scoping review. Enferm Glob. 2020 Sept 21;19(4):525-72.
4. Jia L, Wang H, Gao Y, Liu H, Yu K. High incidence of adverse events during intra-hospital transport of critically ill patients and new related risk factors: a prospective, multicenter study in China. Crit Care. 2016 Jan 18;20(1):12.
5. Schumaker J, Taylor W, McGonigle T. The emergency, trauma, and transport nursing workforce: Highlights of a benchmark 2019 survey. Nurs Manag (Harrow). 2019 Dec;50(12):20.
6. Veiga VC, Postalli NF, Alvarisa TK, Travassos PP, Vale RTDS, Oliveira CZD, et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients in a large hospital. Rev Bras Ter Intensiva [Internet]. 2019 [cited 2025 Nov 9];31(1). Available from: https://criticalcarescience.org/article/adverse-events-during-intrahospital-transport-of-critically-ill-patients-in-a-large-hospital/
7. Zirpe KG, Tiwari AM, Kulkarni AP, Govil D, Dixit SB, Munjal M, et al. Adverse events during intrahospital transport of critically ill patients: A multicenter, prospective, observational study (I-TOUCH study). Indian J Crit Care Med Peer-Rev Off Publ Indian Soc Crit Care Med. 2023;27(9):635.
8. Nonami S, Kawakami D, Ito J, Ouchi K, Miyoshi Y, Tatebe M, et al. Incidence of adverse events associated with the in-hospital transport of critically ill patients. Crit Care Explor. 2022;4(3):e0657.
9. Ringdal M, Chaboyer W, Warrén Stomberg M. Intrahospital transports of critically ill patients: critical care nurses' perceptions. Nurs Crit Care. 2016 May;21(3):178-84.
10. Bergman LM, Pettersson ME, Chaboyer WP, CarlstrÖm ED, Ringdal ML. Safety hazards during intrahospital transport: a prospective observational study. Crit Care Med. 2017;45(10):e1043-9.
11. Wongnaikot P, Saensom D. Development of an intrahospital transfer clinical nursing practice guideline for critically ill trauma patients. In: Proceedings of National Seminar on research presentation Khonkan: Khonkan University. 2017. (in Thai)
12. Williams P, Karuppiah S, Greentree K, Darvall J. A checklist for intrahospital transport of critically ill patients improves compliance with transportation safety guidelines. Aust Crit Care. 2020;33(1):20-4.
13. Jarden RJ, Quirke S. Improving safety and documentation in intrahospital transport: development of an intrahospital transport tool for critically ill patients. Intensive Crit Care Nurs. 2010;26(2):101-7.
14. Kamsuk S, Siriwat R, Rojtinnakorn N, Pokpoonsrap J. Development of a nursing practice guideline for intrahospital transfer of critically ill emergency patients in the Division of Emergency and Trauma Nursing, Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital. R Thai Police Nurs J. 2020 June 16;12(1):36-47. (in Thai)
15. Nursing Division. Quality assurance in hospital nursing. inpatient nursing services. 1st ed. Vol. 2001. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2001. (in Thai)
16. Sanjondee S, Phuangphaiboon P, Hemchanan N. Development of a nursing care model for patients with acute ischemic stroke using the 7 Aspects model of care. J Health Sci Bormarajonani Coll Nurs Sunpasittiprasong. 2022 Oct 20;6(3):1-18. (in Thai)
17. National Health and Medical Research Council. A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines [Internet]. Canberra: Commonwealth of Australia [internet]. 1999 [cited 2026 Mar

29]. Available from: https://www.nhmrc.gov.au/sites/default/files/images/a-guide-to-the-development-and-evaluation-of-clinical-practice-guidelines.pdf

18. Srisatidnarakul B. The Methodology In Nursing Research [Internet]. 5th ed. Vol. 2010. Bangkok: U & I Inter Media [internet]. 2010 [cited 2025 Nov 9]. Available from: https://opac.sru.ac.th/bibitem?bibid=b00067274. (in Thai)
19. Nantachaipan P. The CPGs quality evaluation questionnaire. Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2006. (in Thai)
20. The Joanna Briggs Institute. New JBI levels of evidence. 2014. Available from: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
21. Bergman L, Pettersson M, Chaboyer W, CarlstrÖm E, Ringdal M. In safe hands: Patients' experiences of intrahospital transport during intensive care. Intensive Crit Care Nurs. 2020;59:102853.

การพัฒนาแนวทางเชิงระบบสำหรับการบูรณาการยุทธศาสตร์และการจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขดิจิทัลระดับจังหวัด: กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

Development of a Guideline for Integrating Strategy and Budget Management in Digital Public Health at the Provincial Level: A Case Study of Chachoengsao Provincial Public Health Office

รุ่งรัตน์ ห้องทองคำ[1]
Rungrat Hongthongkam[1]
[1]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
[1]Chachoengsao Provincial Public Health Office
Corresponding Author: Rungrat Hongthongkam; Email: rathong02@gmail.com
Received: January 26, 2026 **Revised:** March 31, 2026 **Accepted:** April 10, 2026

บทคัดย่อ

การพัฒนางานสาธารณสุขดิจิทัลในระดับจังหวัดมีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพและประสิทธิภาพการให้บริการสุขภาพของระบบสาธารณสุขไทย การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) พัฒนายุทธศาสตร์และแนวทางการจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขดิจิทัลในระดับจังหวัด และ (2) ประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมของแนวทางที่พัฒนาขึ้น วิธีการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา ผสานการวิเคราะห์เชิงประยุกต์ โดยแบ่งดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนาแนวทาง และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย บุคลากรที่มีบทบาทในการพัฒนาโครงการสาธารณสุขดิจิทัลและผู้เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Univariate Analysis (Wilks' Lambda) และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า (1) สภาพปัญหาและความท้าทายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean= 3.62, SD=.61) โดยมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและการขาดแคลนบุคลากรด้านเทคโนโลยีเป็นปัญหาสำคัญ (2) แนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมประกอบด้วยการยกระดับโครงสร้างพื้นฐานและการบูรณาการข้อมูล การพัฒนาทุนมนุษย์ และการปฏิรูปกระบวนการบริหารจัดการ ซึ่งมีความต้องการการพัฒนาในระดับมากที่สุด (mean=4.35, SD=.50) และ (3) ผลการประเมินพบว่าคู่มือแนวทางมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด (mean=4.46, SD=.46) สรุปได้ว่า การพัฒนายุทธศาสตร์และระบบบริหารงบประมาณบนฐานเทคโนโลยีดิจิทัลอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการตัดสินใจของผู้บริหาร และควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขดิจิทัลในระดับจังหวัดอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: การจัดการงบประมาณ; การพัฒนายุทธศาสตร์; สาธารณสุขดิจิทัล

Development of a Guideline for Integrating Strategy and Budget Management in Digital Public Health at the Provincial Level: A Case Study of Chachoengsao Provincial Public Health Office

Rungrat Hongthongkam[1]

[1]Chachoengsao Provincial Public Health Office

Corresponding Author: Rungrat Hongthongkam; Email: rathong02@gmail.com

Received: January 26, 2026 **Revised:** March 31, 2026 **Accepted:** April 10, 2026

Abstract

The development of digital public health at the provincial level plays a crucial role in enhancing the quality and efficiency of healthcare service delivery in Thailand. This study aimed to (1) develop strategies and budget management guidelines to support digital public health at the provincial level and (2) evaluate the effectiveness and appropriateness of the proposed guideline. The research employed a research and development (R&D) design combined with applied analysis, conducted in three phases: situation analysis, development, and evaluation. The sample group consisted of 31 purposively selected personnel involved in digital public health projects and policy-level stakeholders. Research instruments included questionnaires, in-depth interviews, and a satisfaction assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation; inferential statistics using univariate analysis (Wilks' Lambda); and content analysis. The findings revealed that (1) the overall level of problems and challenges was high (mean= 3.62, SD=.61), with insufficient budget allocation and a shortage of technology personnel identified as key issues; (2) the appropriate development guideline consisted of three main components: infrastructure enhancement and data integration, human capital development, and process reengineering, with the highest level of development demand (mean= 4.35, SD=.50); and (3) the evaluation results indicated that the developed guideline was highly appropriate (mean= 4.46, SD=.46). In conclusion, the development of digital-based strategies and budget management systems may enhance managerial decision-making efficiency and should be adopted as a practical guideline for driving sustainable digital public health at the provincial level.

Keywords: budget management; digital public health; strategic development

ความเป็นมาและความสำคัญ

เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นกลไกหลักในการปฏิรูประบบสาธารณสุขยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะการใช้ระบบสุขภาพทางไกล (telehealth) ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการและเชื่อมโยงฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ[1-2] บริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขขับเคลื่อนผ่านยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขดิจิทัลระดับจังหวัด พ.ศ. 2567 โดยมีสำนักงานสุขภาพดิจิทัลแห่งชาติเป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการข้อมูลขนาดใหญ่ (big data)[3] ภายใต้แผนปฏิบัติการ 5 ด้านที่ครอบคลุมทั้งธรรมาภิบาล มาตรฐานข้อมูล ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์[4] เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและรักษาความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานสากล[5-6]

การนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติระดับจังหวัดถือเป็นหัวใจสำคัญในการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วน[7] โดยมีปัจจัยสนับสนุนหลักคือการบริหารจัดการงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำและสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง[8] อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานระดับพื้นที่ยังเผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณ ความพร้อมของบุคลากร และการบูรณาการข้อมูล ซึ่งเกิดจากความไม่สอดคล้องระหว่างแผนเชิงนโยบายและการปฏิบัติจริง งานวิจัยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นภาพรวมระดับมหภาค แต่ขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์เข้ากับการจัดการงบประมาณในระดับจังหวัดอย่างเป็นรูปธรรม[1-2]

การศึกษานี้ตั้งอยู่บนฐานแนวคิดเชิงบูรณาการ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (system theory) ร่วมกับแบบจำลอง Structure–Process–Outcome เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบด้านข้อมูล กระบวนการ และบุคลากร นอกจากนี้ยังผสานแนวคิดการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results-Based Management: RBM) และการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัล (digital transformation) เพื่อเชื่อมโยงยุทธศาสตร์และการจัดการงบประมาณไปสู่ผลลัพธ์เชิงประสิทธิภาพ และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางเชิงระบบ (systematic guideline) สำหรับการบูรณาการยุทธศาสตร์และการจัดการงบประมาณด้านสาธารณสุขดิจิทัลในระดับจังหวัด โดยครอบคลุมองค์ประกอบด้านข้อมูล กระบวนการ และบุคลากร
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขดิจิทัล ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความพึงพอใจของผู้ใช้งาน ต่อแนวทางที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (system theory) ผสานกับแบบจำลองคุณภาพบริการสุขภาพ (structure-process-outcome model)[9] มาใช้เป็นฐานในการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ร่วมกับแนวคิดการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (results-based management) และแนวคิดการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัล (digital transformation) มาใช้กำหนดตัวแปรด้านกลยุทธ์และเทคโนโลยี โดยดำเนินการผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เน้นการศึกษาสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการจัดการงบประมาณ

และงานสาธารณสุขดิจิทัล โดยวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าและบริบทองค์กรเพื่อระบุประเด็นท้าทายด้านข้อมูล กระบวนการ และบุคลากร ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นขั้นตอนการนำแผนสู่การปฏิบัติ (act) โดยการยกร่างและพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการงบประมาณที่ครอบคลุมการบูรณาการฐานข้อมูล (single platform) และการพัฒนาระบบติดตามผล (real-time dashboard) ควบคู่กับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรและการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความคล่องตัว และ ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล เป็นขั้นตอนการสังเกตการณ์ (observe) และสะท้อนผล (reflect) โดยการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขดิจิทัล ผ่านตัวชี้วัดความสำเร็จด้านกระบวนการ ด้านประสิทธิผล และด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ เพื่อสรุปบทเรียนและนำไปสู่การปรับปรุงระบบการดำเนินงานสาธารณสุขดิจิทัลให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน[10] ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ผสานกับการวิเคราะห์เชิงประยุกต์ (applied analysis) โดยมุ่งเน้นการพัฒนายุทธศาสตร์และการจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขดิจิทัลในระดับจังหวัด การดำเนินงานแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล โดยมีรายละเอียดของกระบวนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระยะการดำเนินงานวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1) กลุ่มบุคลากร คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 12 คน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ (2 คน) นักวิชาการสาธารณสุข (4 คน) นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (3 คน) นิติกร (1 คน) และแพทย์ที่ใช้งานระบบสาธารณสุขดิจิทัล (2 คน) โดยผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องมีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 2-3 ปี

2) กลุ่มประชาชนคัดเลือกผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทราไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีประสบการณ์การใช้งานระบบสาธารณสุขดิจิทัลอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ระยะดำเนินการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขดิจิทัลและการบริหารงบประมาณ จำนวน 31 คน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง ซึ่งผู้เข้าร่วมต้องมีประสบการณ์ในการใช้หรือพัฒนาเทคโนโลยีด้านสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีความเข้าใจในระบบดิจิทัลเพื่อร่วมให้ข้อมูล พัฒนา และตรวจสอบความเหมาะสมของคู่มือ

ระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มบุคลากร คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 12 คน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ (2 คน) นักวิชาการสาธารณสุข (4 คน) นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (3 คน) นิติกร (1 คน) และแพทย์ที่ใช้งานระบบสาธารณสุขดิจิทัล (2 คน) โดยผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องมีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องไม่น้อยกว่า 2-3 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 ในการทดลองใช้คู่มือและประเมินความพึงพอใจ เพื่อสะท้อนความคิดเห็นของผู้ใช้งานในบริบทการปฏิบัติงานจริง และประเมินความเหมาะสมของคู่มือในเชิงการนำไปใช้ภายในองค์กรได้อย่างเป็นรูปธรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยออกแบบเครื่องมือให้ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม (questionnaire) สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้งาน ประสบการณ์ ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้ใช้ระบบสาธารณสุขดิจิทัล และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อใช้ในการเจาะลึกข้อมูลจากบุคลากรและผู้บริหารระดับนโยบายเกี่ยวกับสภาพปัญหา ข้อจำกัด และแนวทางการพัฒนาระบบ โดยมีคู่มือการสัมภาษณ์ (interview guide) เป็นกรอบแนวทางในการสนทนาเพื่อให้ข้อมูลมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและจัดทำคู่มือแนวทาง เครื่องมือที่ใช้คือแบบประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC form) สำหรับให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความเหมาะสม ความถูกต้อง และความสอดคล้องของเนื้อหาในคู่มือแนวทาง พร้อมทั้งใช้แบบบันทึกข้อเสนอแนะเพื่อรวบรวมความคิดเห็นสำหรับการปรับปรุงแก้ไขคู่มือให้สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและความพึงพอใจในการใช้คู่มือ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) เพื่อประเมินความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้งานคู่มือในด้านต่าง ๆ เช่น ความชัดเจนของเนื้อหา ความเหมาะสมในการนำไปใช้ และประโยชน์ที่ได้รับ รวมทั้งแบบบันทึกข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อสะท้อนความคิดเห็นเชิงลึกและใช้ในการปรับปรุงคู่มือในอนาคต

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

กระบวนการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยดำเนินการให้สอดคล้องกับขั้นตอนของการวิจัยทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามและแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ โดยสังเคราะห์องค์ความรู้จากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ควบคู่กับการนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และปรับปรุงแก้ไขให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นดำเนินการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเชิงปริมาณด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (pilot test) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงานที่

เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขดิจิทัลในระดับจังหวัด จำนวน **15 คน** เพื่อประเมินความชัดเจนของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษา และระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและจัดทำคู่มือแนวทาง ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของ “คู่มือการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขดิจิทัล” โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของคู่มือ ผ่านการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา รูปแบบ และโครงสร้างของคู่มือให้มีความถูกต้อง ชัดเจน และเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในบริบทจริง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและความพึงพอใจในการใช้คู่มือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามความพึงพอใจ โดยผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง ทั้งนี้เพื่อให้เครื่องมือมีความเที่ยงตรง แม่นยำ และสามารถสะท้อนความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามใบอนุมัติที่ PH_CCO_REC 002/2568 เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2568 และการคุ้มครองสิทธิ์ของอาสาสมัครอย่างเคร่งครัด โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาที่รัดกุม กล่าวคือ ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องเป็นผู้ที่แสดงเจตจำนงยินยอมและสมัครใจให้ข้อมูลโดยปราศจากเงื่อนไขผูกมัดหรือข้อจำกัดทางกฎหมาย สำหรับบุคคลที่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับโครงการหรือมีอุปสรรคในการสื่อสารข้อมูลให้ครบถ้วน จะถูกจัดอยู่ในเกณฑ์คัดออกเพื่อรักษามาตรฐานความน่าเชื่อถือของข้อมูล อาสาสมัครมีสิทธิ์โดยชอบธรรมในการถอนตัวจากการเป็นส่วนหนึ่งของโครงการได้ทุกเมื่อโดยมิต้องชี้แจงเหตุผล โดยเฉพาะกรณีที่การเข้าร่วมส่งผลกระทบเชิงลบต่อสภาวะร่างกายหรือจิตใจ หรือเมื่อเกิดสถานการณ์สุดวิสัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อเนื่องได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการอย่างเป็นระบบโดยบูรณาการช่องทางที่หลากหลายเพื่อให้ได้มาซึ่งฐานข้อมูลที่มีความสมบูรณ์และครอบคลุมที่สุด การดำเนินงานจำแนกตามระยะการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานเพื่อศึกษาสภาพปัญหา ข้อจำกัด และโอกาสในการพัฒนา โดยมุ่งเน้นการทำความเข้าใจบริบทของระบบอย่างรอบด้าน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามเพื่อสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การสนทนากลุ่ม (focus group) ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญและแนวทางในการพัฒนา

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและจัดทำคู่มือแนวทาง

เป็นขั้นตอนการนำผลจากระยะที่ 1 มาพัฒนา คู่มือแนวทางการพัฒนายุทธศาสตร์และการจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขดิจิทัลระดับจังหวัด โดยผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. สังเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดองค์ประกอบและโครงสร้างของคู่มือ
2. จัดทำร่างคู่มือ โดยอ้างอิงข้อมูลเชิงประจักษ์จากการวิจัย

3. ตรวจสอบความถูกต้องและความสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC)

4. ปรับปรุงแก้ไขจนได้คู่มือฉบับสมบูรณ์

ผลลัพธ์ของระยะนี้ คือ คู่มือแนวทางที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและความพึงพอใจในการใช้คู่มือ

เป็นขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลภายหลังการนำคู่มือไปทดลองใช้ เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความเหมาะสมของคู่มือ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้คู่มือในสถานการณ์จริง

2. เก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถามความพึงพอใจ (Likert scale) โดยประเมินในด้านต่าง ๆ เช่น ความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนและความเข้าใจง่าย ความสะดวกในการนำไปใช้ และประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ

ข้อมูลที่ได้ถูกนำไปวิเคราะห์เพื่อสรุปผลสัมฤทธิ์ และใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาต่อยอดในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยเลือกใช้วิธีการทางสถิติและกระบวนการสังเคราะห์ให้สอดคล้องกับลักษณะของข้อมูล และวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละระยะ โดยจำแนกการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและระดับความคิดเห็น ควบคู่กับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็น เพื่อสังเคราะห์สภาพปัญหา ข้อจำกัด และความต้องการในการพัฒนา ซึ่งผลการวิเคราะห์ในระยะนี้ถูกนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการพัฒนาคู่มือแนวทางในระยะถัดไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและจัดทำคู่มือแนวทาง ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เชิงสังเคราะห์โดยบูรณาการผลจากระยะที่ 1 มาจัดหมวดหมู่และกำหนดองค์ประกอบ โครงสร้าง และสาระสำคัญของคู่มือ พร้อมทั้งใช้การวิเคราะห์เนื้อหาในการเรียบเรียงเนื้อหาให้เป็นระบบ และดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิผ่านการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เพื่อให้คู่มือมีความถูกต้อง เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้จริง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลและความพึงพอใจในการใช้คู่มือ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ใช้คู่มือในด้านต่าง ๆ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทราจำนวน 31 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.74) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 32.26) และสำเร็จการศึกษาระดับ

ปริญญาตรี (ร้อยละ 80.65) ในด้านประสบการณ์การทำงาน ส่วนใหญ่มีอายุงานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 48.39) โดยมีประสบการณ์เฉพาะด้านสาธารณสุขดิจิทัลเฉลี่ย 10 ปี สำหรับสถานภาพการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้บริหาร (ร้อยละ 45.16) และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1.2 การประเมินความคิดเห็นต่อการจัดการงบประมาณและยุทธศาสตร์สาธารณสุขดิจิทัล

จำแนกผลการศึกษาออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. สภาพปัญหาและความท้าทาย ภาพรวมประสบปัญหาอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.62) โดยมิติด้านบุคลากรและทรัพยากรเป็นข้อจำกัดที่รุนแรงที่สุด ($\bar{X}$ =3.77) โดยเฉพาะประเด็นงบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอและไม่ตรงตามความต้องการจริง ($\bar{X}$ =4.19) รองลงมาคือปัญหาด้านข้อมูล ซึ่งขาดระบบสนับสนุนการวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X}$ =3.77) และปัญหาด้านกระบวนการที่มีขั้นตอนการอนุมัติซับซ้อนเกินความจำเป็น ($\bar{X}$ =3.94)

2. แนวทางการพัฒนาและการปรับปรุง กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการพัฒนาในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.35) โดยให้ความสำคัญสูงสุดกับการพัฒนาบุคลากร ($\bar{X}$ =4.41) ผ่านการสร้างโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อยกระดับทักษะ ($\bar{X}$ =4.48) ควบคู่ไปกับการพัฒนาเทคโนโลยี ($\bar{X}$ =4.35) โดยเน้นการจัดทำระบบติดตามผลการดำเนินงานที่ชัดเจน ($\bar{X}$ =4.55) และการบูรณาการข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ($\bar{X}$ =4.45)

3. ตัวชี้วัดความสำเร็จ การกำหนดเกณฑ์วัดความสำเร็จอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =3.91) โดยให้ความสำคัญกับมิติด้านผลลัพธ์ (outcome) มากที่สุด ($\bar{X}$ =4.02) ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของคุณภาพการบริการ ($\bar{X}$ =4.06) และความเพียงพอของการจัดสรรงบประมาณ ($\bar{X}$ =4.03) รองลงมาคือตัวชี้วัดด้านกระบวนการที่เน้นความโปร่งใสและความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ($\bar{X}$ =4.06)

1.3 ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดความสำเร็จของยุทธศาสตร์

ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อตัวชี้วัดความสำเร็จของยุทธศาสตร์ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 7 ด้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน หน่วยงาน ประสบการณ์ทำงาน และประสบการณ์ด้านสาธารณสุขดิจิทัล โดยใช้สถิติ Wilks' Lambda ปรากฏผลว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทุกรายการไม่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นในภาพรวมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 เนื่องจากค่าความน่าจะเป็น (p-value) ของทุกปัจจัยมีค่าสูงกว่า .05 ผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความเป็นเอกภาพ (consensus) ของบุคลากรในองค์กร กล่าวคือ ความแตกต่างด้านสถานภาพส่วนบุคคล พื้นฐานการศึกษา หรือบทบาทหน้าที่ มิได้ส่งผลให้เกิดความแตกต่างในทัศนคติหรือการประเมินความสำเร็จของยุทธศาสตร์ บุคลากรทุกระดับมีความเข้าใจและมุมมองต่อเป้าหมายการดำเนินงานสาธารณสุขดิจิทัลไปในทิศทางเดียวกัน

1.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน สามารถสรุปสาระสำคัญโดยจำแนกตามบริบทการดำเนินงาน 3 มิติ ดังนี้

1. ประเด็นสภาพปัญหาและความท้าทาย ผลการสัมภาษณ์สะท้อนให้เห็นว่าข้อจำกัดด้านทรัพยากรเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ โดยผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 32.26 ระบุว่า งบประมาณที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอและไม่สอดคล้องกับความต้องการจริง เป็นปัญหาวิกฤตลำดับแรก รองลงมาคือปัญหาด้านทุนมนุษย์ ซึ่งหน่วยงานขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03 นอกจากนั้น ยังพบปัญหาเชิงโครงสร้างและ

กระบวนการในสัดส่วนที่เท่ากัน คือ การขาดอุปกรณ์ฮาร์ดแวร์ที่ทันสมัย และขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณที่มีความซับซ้อนและล่าช้า จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.81 รวมถึงปัญหาฐานข้อมูลขาดการเชื่อมโยง (data silos) จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 22.58

2. ประเด็นแนวทางการพัฒนาและการปรับปรุง ทิศทางความต้องการของผู้ให้ข้อมูลมุ่งเน้นการนำนวัตกรรมดิจิทัลมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ ข้อเสนอแนะที่มีความถี่สูงสุดจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 35.48 คือ การพัฒนาระบบติดตามสถานะงบประมาณแบบ real-time (dashboard) เพื่อช่วยให้ผู้บริหารตัดสินใจได้ทันท่วงที ลำดับถัดมาคือความต้องการเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพและการเงินให้เป็นระบบเดียวกัน (single platform) จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 32.26 เพื่อลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผ่านการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มทักษะด้านดิจิทัลและการบริหารงบประมาณ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03 และการปรับปรุงระเบียบขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้างให้มีความยืดหยุ่น จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 25.81

3. ประเด็นตัวชี้วัดความสำเร็จ การกำหนดเกณฑ์วัดความสำเร็จของยุทธศาสตร์ ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับมิติด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome) มากที่สุด ระบุว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 38.71 รองลงมาคือระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 32.26 นอกจากมิติด้านบริการ กลุ่มตัวอย่างยังให้ความสำคัญกับธรรมาภิบาลในการบริหารงบประมาณ โดยเน้นความถูกต้อง โปร่งใส และตรวจสอบได้ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 29.03 มากกว่าการพิจารณาเพียงแค่การเบิกจ่ายงบประมาณเป็นไปตามแผน (ร้อยละ 25.81) หรือการลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 22.58) เพียงอย่างเดียว

1.5 แนวทางการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขดิจิทัล

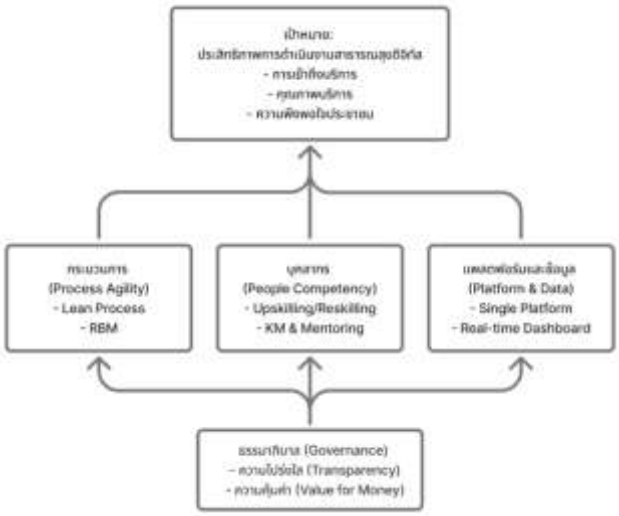
จากการบูรณาการผลการศึกษา ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นการสร้างดุลยภาพระหว่าง 3 องค์ประกอบ เพื่อแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างและตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากรและประชาชน ดังรายละเอียดนี้

การยกระดับโครงสร้างพื้นฐานและบูรณาการข้อมูล (technology & data) มุ่งเน้นการขจัดปัญหาข้อมูลที่แยกส่วน (silos) โดยการพัฒนา แพลตฟอร์มกลาง (single platform) เพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพและการเงินการคลังให้เป็นเอกภาพ ซึ่งจะช่วยลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มความแม่นยำในการวิเคราะห์ต้นทุน ควบคู่ไปกับการจัดทำ ระบบติดตามผลแบบเรียลไทม์ (real-time dashboard) เพื่อเป็นเครื่องมืออัจฉริยะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารให้ทันต่อสถานการณ์

การพัฒนาทุนมนุษย์ (human capital) มุ่งเน้นการแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญโดยยึดคนเป็นศูนย์กลาง ผ่านกระบวนการ เพิ่มพูนทักษะและสร้างทักษะใหม่ (reskilling & upskilling) ที่เข้มข้นในด้านการวิเคราะห์ข้อมูล (data analytics) และการบริหารโครงการดิจิทัล โดยเน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง (on-the-job training) ผสมผสานกับการจัดการความรู้ (knowledge management) ผ่านระบบพี่เลี้ยง (mentoring) เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์และสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ภายในองค์กร

การปฏิรูปกระบวนการบริหารจัดการ (process agility) ให้ความสำคัญกับการลดความซับซ้อนและล่าช้าของระเบียบปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้แนวคิด ลดขั้นตอนการทำงาน (lean process) นำระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ (e-document) มาทดแทนกระดาษ และปรับเปลี่ยนการบริหารงบประมาณสู่รูปแบบ มุ่งเน้น

ผลสัมฤทธิ์ โดยใช้ตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) ด้านคุณภาพบริการและความพึงพอใจของประชาชนเป็นเกณฑ์หลักในการจัดสรรทรัพยากร



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานสาธารณสุขดิจิทัล

ผลการวิจัยระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาและจัดทำคู่มือแนวทาง

ผลการวิจัยในระยะที่ 2 เป็นการนำผลการวิเคราะห์จากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์และพัฒนาเป็น “คู่มือแนวทางการพัฒนายุทธศาสตร์และการจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขดิจิทัลระดับจังหวัด” ซึ่งเผยแพร่ไว้ในผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมุ่งเน้นการสร้างแนวทางที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของหน่วยงาน ผลการดำเนินการพบว่า คู่มือที่พัฒนาขึ้นมีโครงสร้างที่ชัดเจน ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล (data) ด้านกระบวนการ (process) และด้านบุคลากรและทรัพยากร (people & resources) ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นปัญหาและความต้องการที่ได้จากการวิเคราะห์ในระยะที่ 1

ด้านโครงสร้างของคู่มือ ประกอบด้วย 1) บทนำ ซึ่งนำเสนอความเป็นมาและความสำคัญของการพัฒนาสาธารณสุขดิจิทัล วัตถุประสงค์ของคู่มือ ขอบเขตการใช้งาน และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและกำหนดทิศทางในการนำคู่มือไปใช้ให้สอดคล้องกับบริบทขององค์กร 2) แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้สังเคราะห์องค์ความรู้ที่สำคัญ ได้แก่ แนวคิดระบบ (system theory) แบบจำลองคุณภาพบริการ (structure–process–outcome model) แนวคิดการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (results-based management) และแนวคิดการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัล (digital transformation) เพื่อใช้เป็นกรอบในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ ตลอดจนสนับสนุนการออกแบบแนวทางการดำเนินงานให้มีความเป็นระบบ มีเหตุผล และสามารถตรวจสอบได้ 3) แนวทางการดำเนินงานเชิงระบบ คู่มือได้กำหนดองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล (data) ด้านกระบวนการ (process) และด้านบุคลากรและทรัพยากร (people & resources) โดยในมิติด้านข้อมูล มุ่งเน้นการบูรณาการฐานข้อมูลสุขภาพและงบประมาณเข้าสู่ระบบเดียว (single platform) เพื่อลดความซ้ำซ้อน เพิ่มความถูกต้อง และสนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก ส่วนมิติด้านกระบวนการ มุ่งเน้นการปรับปรุงขั้นตอนการดำเนินงานให้มีความคล่องตัว ลดความซ้ำซ้อน และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารจัดการ เช่น ระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ และ

ระบบบริหารงบประมาณแบบเรียลไทม์ ขณะที่มิติด้านบุคลากร มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพด้านทักษะดิจิทัล การวิเคราะห์ข้อมูล และการบริหารโครงการ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการรองรับการเปลี่ยนแปลง

คู่มือยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบติดตามผลแบบเรียลไทม์ (real-time dashboard) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการแสดงสถานะการใช้งบประมาณ ผลการดำเนินงาน และตัวชี้วัดสำคัญในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ (data-driven decision making) อันจะนำไปสู่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร คู่มือได้กำหนดแนวทางการพัฒนาในรูปแบบการเสริมสร้างและยกระดับทักษะ (reskilling and upskilling) โดยเน้นการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง (on-the-job training) และการจัดการความรู้ภายในองค์กร เพื่อให้บุคลากรสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำเสนอแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความคล่องตัว (process agility) โดยประยุกต์ใช้แนวคิด lean process เพื่อลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ลดระยะเวลาในการดำเนินงาน และเพิ่มความโปร่งใสในการบริหารจัดการงบประมาณ และสุดท้าย คู่มือได้กำหนดแนวทางการกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ โดยจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (process indicators) ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพของขั้นตอนการดำเนินงาน ตัวชี้วัดด้านประสิทธิผล (effectiveness indicators) ซึ่งสะท้อนระดับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย และตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (outcome indicators) ซึ่งสะท้อนผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อคุณภาพการให้บริการและประชาชน ทั้งนี้เพื่อให้สามารถติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวังด้านตัวชี้วัดความสำเร็จในระยะที่ 1

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ระยะประเมินผล

การประเมินผลในระยะนี้เป็นการศึกษาระดับความพึงพอใจในการใช้คู่มือแนวทางการพัฒนายุทธศาสตร์และการจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนงานสาธารณสุขดิจิทัลระดับจังหวัด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 31 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกับที่ใช้ในระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถามความพึงพอใจ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา ความชัดเจนและความเข้าใจง่าย ความสะดวกในการนำไปใช้ และประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) มีรายละเอียดดังนี้

จากตารางที่ 1 พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้คู่มืออยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ =4.46, SD=.46) แสดงให้เห็นว่าคู่มือที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ ($\bar{X}$ =4.51, SD=.48) รองลงมาคือ ความชัดเจนของเนื้อหา ($\bar{X}$ =4.48, SD=.45) และความชัดเจนและความเข้าใจง่าย ($\bar{X}$ =4.46, SD=.44) ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนว่าคู่มือมีเนื้อหาที่มีคุณภาพ เข้าใจง่าย และสามารถสร้างคุณค่าในการใช้งานได้จริง และด้านความสะดวกในการนำไปใช้มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X}$ =4.38, SD=.51) แม้ยังอยู่ในระดับมากที่สุด โดยสรุป คู่มือแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในทุกด้าน และได้รับการประเมินในระดับมากที่สุดจากกลุ่มผู้ใช้งาน สะท้อนถึงประสิทธิภาพและศักยภาพในการนำไปใช้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขดิจิทัลในระดับจังหวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม

ตารางที่ 1 ระดับความคิดเห็นความพึงพอใจในการใช้คู่มือ

ความพึงพอใจในการใช้คู่มือ	$\bar{X} \pm S.D.$	การแปลผล
ความชัดเจนของเนื้อหา	4.48 ± .45	มากที่สุด
ความชัดเจนและความเข้าใจง่าย	4.46 ± .44	มากที่สุด
ความสะดวกในการนำไปใช้	4.38 ± .51	มากที่สุด
ประโยชน์ที่ได้รับจากคู่มือ	4.51 ± .48	มากที่สุด
รวม	**4.46 ± .46**	**มากที่สุด**

อภิปรายผล

ผลการวิจัยในระยะที่ 1 พบว่า ภาพรวมของสภาพปัญหาและความท้าทายในการดำเนินงานสาธารณสุขดิจิทัลอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.62, SD=.61) โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านงบประมาณและการขาดแคลนบุคลากรด้านเทคโนโลยี ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาเชิงโครงสร้างในมิติด้านทรัพยากร ข้อมูล และกระบวนการที่ยังไม่เอื้อต่อการขับเคลื่อนนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแบบจำลองคุณภาพการดูแลสุขภาพของ donabedian (structure–process–outcome model)[9] ที่อธิบายว่าปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์มีความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ และหากองค์ประกอบด้านทรัพยากรยังไม่พร้อมจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบบริการโดยรวม[11-12] สอดคล้องกับงานศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลจำเป็นต้องอาศัยทั้งโครงสร้างพื้นฐานและศักยภาพบุคลากรควบคู่กัน[1,2] รวมถึงบริบทของประเทศไทยที่ยังเผชิญข้อจำกัดด้านการบูรณาการข้อมูลและการจัดสรรทรัพยากร[3-4] และสอดคล้องกับผลการวิจัยต่างประเทศในประเด็นปัญหาเชิงโครงสร้าง[12] ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนผ่านสู่ดิจิทัลในภาคส่วนสุขภาพมักเผชิญกับอุปสรรคด้านต้นทุนและทักษะเฉพาะทางของบุคลากร เช่นเดียวกับในบริบทของประเทศไทย ที่พบว่าการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่สอดคล้องกับภาระงานดิจิทัลเป็นอุปสรรคสำคัญระดับมาก ซึ่งยืนยันว่าปัญหาเชิงโครงสร้างเป็นปัจจัยร่วมที่เกิดขึ้นในทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ[11]

ผลการวิจัยในระยะที่ 2 พบว่า เป็นการนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสังเคราะห์และพัฒนาเป็นคู่มือแนวทางที่ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ ด้านข้อมูล (data) ด้านกระบวนการ (process) และด้านบุคลากรและทรัพยากร (people & resources) ซึ่งเป็นการออกแบบเชิงระบบที่สอดคล้องกับปัญหาเชิงโครงสร้างที่ค้นพบ โดยเฉพาะการพัฒนาแพลตฟอร์มกลาง (single platform) และระบบติดตามผลแบบเรียลไทม์ (real-time dashboard) ถือเป็นกลยุทธ์การบริหารจัดการสารสนเทศที่ช่วยลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลและสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based policy) สอดคล้องกับแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ที่เน้นการบูรณาการองค์ความรู้และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง[10] และสอดรับกับแนวคิดการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (results-based management) ที่เน้นการเชื่อมโยงทรัพยากรสู่ผลลัพธ์อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานศึกษาที่ระบุว่าการพัฒนาทุนมนุษย์และการบูรณาการข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพระบบสุขภาพ[2,7]

ผลการวิจัยในระยะที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อคู่มือแนวทางในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.46, SD=.46) ซึ่งสะท้อนถึงความเหมาะสม ความชัดเจน และความสามารถในการนำไปใช้จริงของคู่มือที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะด้านประโยชน์ที่ได้รับและความเข้าใจง่ายของเนื้อหา สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาศักยภาพดิจิทัลในองค์กรที่ชี้ว่าการออกแบบเครื่องมือที่ตอบโจทย์ผู้ใช้งานจะนำไปสู่การยอมรับและการ

ใช้งานจริงอย่างมีประสิทธิภาพ[14] อีกทั้งผลการทดสอบสมมติฐานที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่ส่งผลต่อความคิดเห็น (p>.05) (organizational culture) และการสนับสนุนจากฝ่ายบริหารที่สร้างสภาวะแวดล้อมให้บุคลากรมีความเห็นพ้องไปในทิศทางเดียวกัน และสอดรับกับงานศึกษา ที่พบว่าความเป็นเอกภาพและการสนับสนุนจากองค์กรเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การนำนวัตกรรมดิจิทัลมาใช้ในระบบบริการสุขภาพประสบความสำเร็จและมีความยั่งยืน[15]

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสามารถนำคู่มือที่พัฒนาขึ้นไปใช้เป็นกรอบในการวางแผนและบริหารงบประมาณ โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPIs) ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และใช้ระบบติดตามงบประมาณแบบเรียลไทม์ (real-time dashboard) เพื่อสนับสนุนการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถเริ่มทดลองใช้ในหน่วยงานนำร่องก่อนขยายผล

2. หน่วยงานสามารถประยุกต์ใช้แนวทางในคู่มือด้านการบูรณาการข้อมูล โดยพัฒนาแพลตฟอร์มกลาง (single platform) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและงบประมาณ ควบคู่กับการปรับปรุงกระบวนการและพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการตัดสินใจเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาติดตามผลระยะยาว (longitudinal study) ภายหลังการนำแนวทางไปใช้จริง เพื่อประเมินประสิทธิผล ความยั่งยืน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะยาว

2. การขยายการศึกษาไปสู่การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เช่น Social Return on Investment (SROI) เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนกับผลลัพธ์ทางสังคมและสุขภาพ และสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

References

1. Haleem A, Javaid M, Qadri MA, Suman R. Understanding the role of digital technologies in education: A review. Sustainable Operations and Computers. 2022;3:275-85. doi:10.1016/j.susoc.2022.05.004
2. Senbekov M, Saliev T, Bukeyeva Z, Almabayeva A, Zhanaliyeva M, Aitenova N, et al. The recent progress and applications of digital technologies in healthcare: a review. International Journal of Telemedicine and Applications. 2020:8830200. doi:10.1155/2020/8830200.
3. Kankawinpong O. MOPH accelerates digital health governance and systems to ensure overall safety [internet]. Hfocus.org. 2024 [cited 29 November 2023]. Available from: http://www.hfocus.org/content/2024/09/31546. (in Thai)
4. Bureau of Digital Health. Annual report 2024 Bureau of digital health [internet]. Nonthaburi: Bureau of Digital Health; 2024. p. 41. Available from: https://bdh.moph.go.th/site/wp-content/uploads/2025/02/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%88%E0%B8%B3%E0%B8%9B%E0%B8%B5-2567-1-41.pdf. (in Thai)

5. Department of Medical Services.Personnel development strategic plan of the department of medical services, fiscal year 2020 – 2023 [internet]. Ministry of Public Health; 2020. Available from: https://hrm.dms.go.th/assets/files/publishedDocuments/aw%20%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C.pdf. (in Thai)
6. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. BMC Public Health. 2020;20:1193. doi:10.1186/s12889-020-09301-4.
7. OECD. OECD [Internet]. 2025 [cited 20 November 2025]. Strengthening the governance of the skills system in Thailand: OECD Skills Strategy Thailand. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-skills-strategy-thailand_153a1fe6-en/full-report/strengthening-the-governance-of-the-skills-system-in-thailand_5b95ac86.html
8. Jindal M, Chaiyachati KH, Fung V, Manson SM, Mortensen K. Eliminating health care inequities through strengthening access to care. Health Services Research. 2023;58(Suppl 3):300-10. doi:10.1111/1475-6773.14202.
9. Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. J Trauma Acute Care Surg. 2015;78(6):1168-75. doi:10.1097/TA.0000000000000663.
10. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. J Epidemiol Community Health. 2006;60(10):854-7. doi:10.1136/jech.2004.028662.
11. Thammakrang S, Surirak S. Factors affecting digital competency of public health technical officers in sub-district health promoting hospitals, Nakhon Pathom Province, under the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Journal of Council of Community Public Health [internet]. 2025 [cited 9 April 2026];7(3):E-283718. Available from: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/article/view/283718. (in Thai)
12. van Tilburg ML, Spin I, Pisters MF, Staal JB, Ostelo RW, van der Velde M, et al. Barriers and facilitators to the implementation of digital health services for people with musculoskeletal conditions in the primary health care setting: systematic review. Journal of Medical Internet Research. 2024;26:e49868. doi:10.2196/49868.
13. Alotaibi N, Wilson CB, Traynor M. Enhancing digital readiness and capability in healthcare: a systematic review of interventions, barriers, and facilitators. BMC Health Services Research. 2025;25:500. doi:10.1186/s12913-025-12663-3.
14. Berdiyana M, W DTW, Witjaksono AD. The influence of perceived organizational support, job satisfaction and organizational citizenship behavior on employee performance. International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding. 2022;9(6):314-24. doi:10.18415/ijmmu.v9i6.3899
15. Sirinonwatcharakoon S, Suyaprom S, Suklueang K. Administrative innovation to drive integrated buddhist thai traditional medicine of nakhon ratchasima provincial public health office. Journal of Interdisciplinary Innovation Review[internet]. 2025 [cited 20 November 2025];8(5):71-83. Available from: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/jidir/article/view/280423. (in Thai)

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

ในการจัดทำนิพนธ์ต้นฉบับบทความเพื่อการตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข กองบรรณาธิการฯ ได้กำหนดคำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับเพื่อให้บทความมีคุณภาพและมีรูปแบบการเขียนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงขอให้ผู้นิพนธ์ทำการศึกษาคำแนะนำและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดเพื่อให้กระบวนการประเมินคุณภาพบทความเป็นไปด้วยความราบรื่น สำหรับคำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ มีประเด็นหลัก ๆ ดังต่อไปนี้

1. วารสารฯ ได้กำหนดข้อตกลงในภาพรวมของนิพนธ์ต้นฉบับที่จะเผยแพร่ในวารสารฯ ดังนี้

1.1 เป็นผลงานวิชาการในรูปของบทความวิชาการหรือบทความวิจัยที่เขียนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ในสาขาการพยาบาล การสาธารณสุข หรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

1.2 เป็นผลงานที่ไม่เคยลงตีพิมพ์ในหนังสือและวารสารใดมาก่อน และผู้นิพนธ์จะต้องไม่ส่งผลงานวิชาการชิ้นเดียวกันนี้ หรือเป็นผลงานที่เนื้อหาส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกัน ไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น

1.3 ผลงานวิชาการที่มีลักษณะเป็นงานวิจัยต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบันใดสถาบันหนึ่ง โดยต้องแนบหลักฐานการรับรองมาพร้อมนิพนธ์ต้นฉบับ

1.4 วารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธการตีพิมพ์เผยแพร่ หากตรวจพบว่านิพนธ์ต้นฉบับใดเข้าข่ายละเมิด หรือคัดลอกผลงานวิชาการ (academic plagiarism) หรือมีการคัดลอกเนื้อหาจากปัญญาประดิษฐ์ เช่น ChatGBT หรือระบบอื่นที่มีการใช้งานในลักษณะเดียวกัน

1.5 วารสารฯ มีระบบการประเมินคุณภาพรายงานวิจัยแบบ double-blind peer review โดยผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 3 คน

2. การประเมินคุณภาพของบทความมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

2.1 ผู้นิพนธ์ทำการส่งบทความมายังวารสารฯ ด้วยการส่งบทความ (submission) ผ่านเว็บไซต์ของวารสารที่เชื่อมกับระบบของ ThaiJo เมื่อครบกระบวนการจะมีจดหมายอิเล็คทรอนิกส์แจ้งไปยังกองบรรณาธิการวารสารฯ

2.2 กองบรรณาธิการฯ ทำการตรวจสอบเบื้องต้นว่าบทความดังกล่าวมีขอบเขตเนื้อหารูปแบบ และคุณภาพตามที่วารสารกำหนดหรือไม่ โดยผลของการตรวจสอบมีดังนี้

2.2.1 บทความที่มีคุณภาพและรูปแบบไม่ตรงกับทางวารสารกำหนด กองบรรณาธิการจะทำการปฏิเสธ (decline) ในระบบพร้อมหนังสือชี้แจงเหตุผล

2.2.2 บทความที่มีขอบเขตเนื้อหา และคุณภาพตรงตามที่กำหนด แต่รูปแบบการเขียนไม่ตรงกับที่วารสารกำหนด กองบรรณาธิการจะแจ้งให้แก้ไขบทความผ่านเมลของระบบ ThaiJo ภายใต้เลขระเบียน submission เดิม

2.2.3 บทความที่ผ่านการพิจารณาในรอบแรกจะถูกส่งให้ผู้ดูแลบทความ (section editor) โดยพิจารณาตามความเชี่ยวชาญ เพื่อดำเนินการในขั้นตอนต่อไป พร้อมทั้งเรียกเก็บค่าธรรมเนียมในการบริหารจัดการและค่าตีพิมพ์ในอัตราที่วารสารฯ กำหนด

2.3 ผู้จัดการวารสารฯ ทำการปกปิดรายชื่อผู้นิพนธ์และหน่วยงานต้นสังกัดที่ปรากฏในไฟล์บทความ (เพื่อให้เป็นการประเมินคุณภาพแบบ double-blind peer review) จากนั้นจะทำการมอบหมายให้มี

ผู้ดูแลบทความ (section editor) ซึ่งผู้ดูแลบทความจะทำหน้าที่ประสานผู้ทรงคุณวุฒิ (reviewer) ที่มีความเชี่ยวชาญสอดคล้องกับเนื้อหา และ/หรือระเบียบวิธีวิจัย จำนวน 3 ท่านตามการเสนอแนะของกองบรรณาธิการและทำการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิเพื่ออ่านและประเมินคุณภาพของบทความผ่านระบบ ThaiJo ทั้งนี้ระยะเวลาของการดำเนินการในขั้นตอนนี้ขึ้นกับระยะเวลาในตอบรับ การอ่านและการประเมินคุณภาพของบทความของผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละท่าน

2.4 เมื่อผู้จัดการวารสารตรวจสอบในระบบพบผลการประเมินคุณภาพของบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิครบทั้ง 3 ท่านแล้ว จะแจ้งต่อผู้ดูแลบทความ (section editor) เพื่อทำการสรุปข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผลของการประเมินคุณภาพของบทความ อาจมีลักษณะอย่างหนึ่งอย่างใดดังนี้

2.4.1 หากผู้ทรงคุณวุฒิเกินกึ่งหนึ่งลงความเห็นว่า บทความมีจุดบกพร่องที่สำคัญและไม่เหมาะสำหรับการเผยแพร่ในวารสาร กองบรรณาธิการจะพิจารณา “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์ โดยจะแจ้งเหตุผลผ่านเมลของระบบ

2.4.2 หากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาแล้วว่า บทความมีประเด็นที่ต้องแก้ไข กองบรรณาธิการจะส่งข้อเสนอแนะและเอกสารแนบ ให้กับผู้นิพนธ์เพื่อทำการแก้ไข (ทั้งนี้ผู้นิพนธ์จะนำบทความกลับไปแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และให้ส่งกลับมายังวารสารฯ โดยผ่านระบบ ThaiJo ภายใต้เลขระเบียน submission เดิม)

2.5 ผู้ดูแลบทความ (section editor) ทำการตรวจสอบว่าบทความได้รับการแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำหรือไม่อย่างไร ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นขอทำการประเมินใหม่ ผู้จัดการวาสารจะส่งบทความแก้ไขให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการอ่านและประเมินบทความอีกครั้ง หรือหากกองบรรณาธิการเห็นว่าจะต้องมีการแก้ไขเพิ่มเติมก็จะส่งบทความกลับไปให้ผู้นิพนธ์ทำการแก้ไขอีก จนกว่าบทความนั้นจะมีคุณภาพเพียงพอสำหรับการเผยแพร่

2.6 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขจนมีคุณภาพเพียงพอ ทางวารสารฯ จะออกหนังสือรับรองการตีพิมพ์ และใบเสร็จรับเงินให้กับผู้นิพนธ์ตามที่อยู่ที่แจ้งไว้

3. วารสารฯ กำหนดการเตรียมต้นฉบับบทความวิชาการหรือบทความวิจัย ตามรูปแบบดังนี้

3.1 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ให้ตั้งค่าขนาดกระดาษ A4 จัดขอบกระดาษด้านบน-ล่าง-ซ้าย-ขวา ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์โดยใช้ฟอนต์ EucorsiaUPC ขนาด 16 และ single space และมีเนื้อหารวมบทคัดย่อและเอกสารอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

-3.2 ขนาดและรูปแบบการพิมพ์ ให้ใช้ดังนี้

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
ชื่อบทความ	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18-20
ข้อมูลผู้นิพนธ์ (ไทยและอังกฤษ)	ตัวปกติ	กลางหน้ากระดาษ	14
บทคัดย่อ และ Abstract	ตัวหนา	กลางหน้ากระดาษ	18
หัวข้อใหญ่	ตัวหนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อรอง	ตัวหนา	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16
หัวข้อย่อย	ตัวปกติ	ย่อหน้า (เคาะ 1 tab)	16

รายการ	ลักษณะอักษร	ตำแหน่งการพิมพ์	ขนาด
เนื้อหาของบทคัดย่อและบทความ	ตัวปกติ	จัดข้อความชิดขอบทั้งสองข้าง	16
การเน้นข้อความในบทความ	ตัวปกติ	ตัวหนา หรือ ตัวเอียง	16
ข้อความในตาราง	ตัวปกติ	ข้อความให้ชิดซ้าย ส่วนตัวเลขให้ชิดขวา	14-16
ตัวเลขอ้างอิง	superscript	ตัวยกท้ายข้อความ	16
References	ตัวปกติ ใช้ลำดับตัวเลข	ชิดซ้าย	18

3.3 ในการพิมพ์เนื้อหาแต่ละย่อหน้า **ให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบย่อหน้า ไม่กด Enter ในระหว่างย่อหน้า ไม่ใช้การเคาะ space เพื่อจัดคำหรือจัดหน้า** และในการเว้นวรรคระหว่างประโยคหรือคำเดี่ยว ให้ใช้เว้นวรรคใหญ่ หรือเท่ากับการกด space 2 เคาะ

4. การเตรียมเนื้อหาของนิพนธ์ต้นฉบับที่เป็นผลงานวิจัย กำหนดให้เขียนดังนี้

4.1 **ชื่อบทความวิชาการหรือชื่อบทความวิจัย** ต้องมีความชัดเจน กระชับ มีความสอดคล้องหรือสะท้อนถึงประเด็นสำคัญของบทความ และควรหลีกเลี่ยงการระบุชื่อบุคคลหรือสถานที่ในชื่อบทความ (หากจำเป็นต้องระบุให้อธิบายไว้ในขอบเขตหรือระเบียบวิธีทำวิจัย)

4.2 **ข้อมูลผู้นิพนธ์** กำหนดให้บรรทัดแรกระบุชื่อและนามสกุลภาษาไทยของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) จากนั้นบรรทัดถัดไปให้ระบุชื่อและนามสกุลภาษาอังกฤษของผู้แต่งหลักและผู้แต่งร่วมในบรรทัดเดียวกัน (ใช้ตัวเลขแบบตัวยกเพื่อการอ้างอิงต้นสังกัด) บรรทัดถัดไปให้ระบุหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นิพนธ์ (วารสารฯขอสงวนสิทธิ์ในการแสดงเฉพาะชื่อคณะฯ และสถาบันเท่านั้น) ในบรรทัดสุดท้ายให้เขียน “Corresponding author: (ชื่อภาษาอังกฤษ); Email: (อีเมล์ที่ใช้ติดต่อ)”

4.3 **บทคัดย่อ** บทคัดย่อภาษาไทย ให้เขียนบทคัดย่อแบบย่อหน้าเดียว (ไม่กด Enter ระหว่างย่อหน้า) มีความยาวไม่เกิน 300 คำ โดยประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วนย่อย ได้แก่ 1) ส่วนนำ เป็นการกล่าวถึงความสำคัญของการทำวิจัยสั้นๆ ไม่เกิน 2 บรรทัด 2) วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3) วิธีการวิจัย ซึ่งระบุรูปแบบการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 4) ผลการวิจัย และ 5) สรุปผลและข้อเสนอแนะ ในการเขียนบทคัดย่อ ไม่ต้องมีการอ้างอิงในเนื้อหา (สำหรับบทความวิชาการให้เตรียมบทคัดย่อภาษาไทยเช่นเดียวกัน โดยบทคัดย่อบทความวิชาการจะประกอบด้วยความเป็นมา วัตถประสงค์ของบทความ เนื้อหาของบทความและข้อเสนอแนะในการประยุกต์ใช้) สำหรับบทคัดย่อภาษาอังกฤษ (Abstract) ให้เขียนในลักษณะเดียวกันกับบทคัดย่อภาษาไทยจากนั้นตามด้วยคำสำคัญ 3-5 คำ โดยคำสำคัญแต่ละคำให้เรียงตามลำดับตัวอักษร ตั้งแต่ ก-ฮ หรือ A-Z ตัวอย่างเช่น

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง; การส่งเสริมสุขภาพ; ความดันโลหิตสูง; ผู้สูงอายุ

Keywords: elderly; hypertension; health promotion; self-management

4.4 **ความเป็นมาและความสำคัญ** เป็นการนำเสนอเหตุผล ความจำเป็น และบริบท ที่เป็นประเด็นหลักของบทความหรือผลงานวิจัย โดยมีเนื้อหาที่กระชับ ตรงประเด็น และมีการเรียงร้อยข้อความ

อย่างเชื่อมโยง ต่อเนื่องกันในแต่ละย่อหน้า และมีการสรุปความสำคัญหรือความจำเป็นที่ต้องทำการศึกษาในย่อหน้าสุดท้ายของหัวข้อนี้ ที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

สำหรับการเขียนเนื้อหาภาษาไทย ให้ยึดหลักการใช้คำตามราชบัณฑิตยสถาน โดยหลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น หลีกเลี่ยงการใช้คำย่อที่ไม่สากล นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน

4.5 **กรอบแนวคิดการวิจัย** (ถ้ามี) เป็นการเขียนอธิบายแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้เป็นฐานของการศึกษาวิจัย อาจจะเป็นพื้นฐานของตัวแปร พื้นฐานของการสร้างเครื่องมือ/นวัตกรรม หรือกรอบแนวคิดพื้นฐานของการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้นิพนธ์อาจอธิบายกรอบแนวคิดแบบพรรณนา หรือแบบการพรรณนาประกอบแผนภูมิ ก็ได้

4.6 **วิธีดำเนินการวิจัย** เป็นการอธิบายกระบวนการทำวิจัยตามหลักระเบียบวิธี ซึ่งประกอบด้วยระเบียบวิธีวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย/การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัย (สำหรับการเขียนบทความวิชาการ หากเป็นไปได้ ให้อธิบายกระบวนการได้มาซึ่งเนื้อหาหรือการสังเคราะห์ความรู้ที่ปรากฏในบทความ)

4.7 **ผลการวิจัย** เป็นส่วนของการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลหรือข้อค้นพบจากการวิจัย การเขียนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ให้เขียนสิ่งที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแยกเป็นประเด็นๆ ให้ชัดเจน พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนในแต่ละประเด็น ส่วนการเขียนผลการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) หากมีการนำเสนอข้อมูลด้วยตารางควรออกแบบตารางให้เหมาะสมและสอดคล้องสถิติที่ใช้ในแต่ละประเภท อธิบายข้อมูลแบบพรรณนาก่อนและตามด้วยตารางแสดงผลการวิจัย โดยนำเสนอข้อมูลที่จำเป็น การอธิบายข้อมูลควรหลีกเลี่ยงการกล่าวซ้ำกับสิ่งที่แสดงในตาราง จากนั้นทำการแทรกตาราง โดยไม่ต้องแสดงเส้นแนวตั้งในตาราง (ดังตัวอย่าง) ชื่อของตารางควรเป็นข้อความที่สั้น กระชับ มีความยาวไม่เกินหนึ่งบรรทัด และวางไว้ด้านบนของตาราง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	.55
หญิง	28	.45
การสูบบุหรี่		
เคย	23	.37
ไม่เคย	39	.63

สำหรับการเขียนค่าสถิติต่างๆ ให้พิมพ์ชิดกัน ใช้ทศนิยมสองตำแหน่ง กรณีที่มีค่าไม่ถึง 1.00 หรือระหว่าง .01-.99 ไม่ต้องเขียนเลข 0 หน้าทศนิยม ตัวอย่างการเขียนค่าสถิติต่าง เช่น Mean=15.60 SD=1.28 r=.75 p<.01 เป็นต้น

4.8 อภิปรายผล เป็นการสรุปและแปลความหมายของผลการวิจัย โดยไม่นำเสนอผลการวิจัยซ้ำอีก การอภิปรายผลการวิจัยแต่ละเรื่องเป็นการอธิบายเหตุผลว่าข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยครั้งนั้น หรือสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น สามารถอธิบายด้วยหลักการหรือทฤษฎีใดบ้าง ผลการวิจัยสอดคล้องหรือขัดแย้งกับผลการวิจัยของงานวิจัยอื่นที่เคยทำไว้หรือไม่อย่างไร ทั้งนี้ ในการอภิปรายผลการวิจัย ต้องมีการสนับสนุนด้วยข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างสมเหตุสมผล และมีการอ้างอิง (in-text citation) อย่างเหมาะสมกับบริบท และถูกต้องตามหลักการ

4.9 ข้อเสนอแนะ เป็นการเขียนข้อเสนอแนะที่สืบเนื่องจากข้อค้นพบจากการวิจัยในครั้งนี้ ไม่ใช่ข้อเสนอแนะตามหลักการโดยทั่วไป โดยอาจเป็นข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ หรือเพื่อการทำวิจัยต่อยอดในอนาคต

4.10 การอ้างอิง วารสารฯ กำหนดให้ใช้การอ้างอิงระบบตัวเลขหรือแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยให้ใช้เอกสารอ้างอิงที่มีความทันสมัยไม่เกิน 10 ปีจำนวนไม่น้อยกว่า 10 รายการและไม่เกิน 20 รายการ ขอให้ผู้นิพนธ์พิจารณาเลือกอ้างอิงเท่าที่จำเป็นและควรอ้างอิงจากแหล่งหรือเอกสารที่เป็นต้นตอของข้อมูล

การอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) ให้นำ **"ตัวเลขอารบิคแบบตัวยก"** แสดงลำดับของเอกสารอ้างอิงมารวบรวมเขียนไว้ที่ท้ายประโยคหรือท้ายชื่อผู้แต่ง และเรียงลำดับหมายเลข 1,2,3 ... ตามที่ปรากฏในเนื้อหา ไม่เว้นช่วงตัวอักษร (เช่น เนื้อหา[1,7]) หากมีการอ้างอิงเอกสารมากกว่าหนึ่งแหล่งและมีลำดับต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยติภังค์ (-) เชื่อมระหว่างเอกสารชิ้นแรกถึงชิ้นสุดท้าย แต่หากลำดับเอกสารไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาคคั่นตัวเลข (เช่น เนื้อหา[1-3,6,9]) และตัวเลขที่แสดงเอกสารอ้างอิง ต้องตรงกับรายการเอกสารอ้างอิงในท้ายบทความ

การเขียนเอกสารอ้างอิง (References) ท้ายบทความ ให้อ้างอิงตามหมายเลขที่มีการอ้างอิงแทรกเนื้อหา (in-text citation) และเรียงลำดับต่อเนื่องกันโดยไม่แยกประเภทของเอกสารอ้างอิง และให้พิมพ์ต่อเนื่องกันไปจนจบแต่ละรายการ โดยไม่กด Enter ระหว่างกลาง (กด Enter เมื่อสิ้นสุดรายการเท่านั้น) และไม่เคาะ space เพื่อทำการจัดคำหรือจัดหน้า

เพื่อให้เป็นไปตามข้อกำหนดของฐานข้อมูลอาเซียน (ASEAN Citation Index:ACI) รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ทำการแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการและให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ เช่น

อรัญญา นามวงศ์, กฤตพัทธ์ ฝึกฝน, เฉลิมพล ก่ำใจ, สุรีย์ภรณ์ เลิศวัชรสกุล. การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(3):68-81.

กัญญาวีณ์ โมกขาว, มนัสวี จำปาเทศ, สุกัญญา สุรังสี, ชะเอม มหากัณฑ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตัวเองด้านจิตใจของประชาชน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2566;33(2):85-96.

ให้เขียนเป็น

Namwong A, Fukfon K, Kajai C, Lertwacharasakul S. Access to essential health care services among older people in the community. Nursing Journal of Ministry of Public Health. 2023:33(3);68-81. (in Thai)

Mokekhaow K, Jumpated M, Surangsri S, Mahagun C. The effect of a mental health literacy promotion program on mental health self-care ability of people. Nursing Journal of Ministry of Public Health. 2023:33(2);85-96. (in Thai)

สำหรับตัวอย่างของการเขียนเอกสารอ้างอิงที่ใช้บ่อย ได้แก่

การอ้างอิงบทความจากวารสาร ให้เขียนชื่อสกุลของผู้แต่งขึ้นก่อน เว้นวรรคตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางโดยไม่มีเครื่องหมายใด ๆ คั่น (กรณีผู้นิพนธ์เป็นคนไทยให้เขียนนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เว้นวรรคตามด้วยอักษรแรกของชื่อผู้นิพนธ์ เช่น ปรานอม ใจเก่งกล้า ให้เขียน Jaikengkla P. เป็นต้น) ถ้าผู้นิพนธ์มีหลายคนแต่ไม่เกิน 6 คนให้ใส่ชื่อทุกคนโดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างแต่ละคน และหลังชื่อสุดท้ายให้ใช้เครื่องหมายมหัพภาค (.) หากผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คนให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค และตามด้วยคำว่า “ et al.” สำหรับชื่อบทความขอให้ใช้ตัวพิมพ์เล็กตลอดทั้งชื่อบทความ (ยกเว้นอักษรแรกของประโยค หรือคำเฉพาะ) ส่วนชื่อวารสารขอให้ใช้ชื่อเต็มของวารสารนั้น ๆ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวารสาร เช่น

References

1. Siritharungsri B, Soranastaporn S, Surachet M. Demand and the impact of the elderly living alone. Journal of Gerontology and Geriatric Medicine. 2011;12(3):11-22. (in Thai)
2. Kaewprom C, Curtis J, Deane FP. Factors involved in recovery from schizophrenia; a qualitative study of Thai mental health nurses. Nursing and Health Science. 2011;13:323-7.

สำหรับบทความที่มีรหัสประจำบทความดิจิตอล (Digital Object Identifier: DOI) ให้ระบุรหัสประจำบทความดังตัวอย่าง

3. Mookadam F. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction. Arch Intern Med. 2004;164(14):1514-8. doi:10.1001/archinte.164.14.1514.

สำหรับบทความวิชาการที่เผยแพร่ผ่านฐานข้อมูล ให้เขียน ตามตัวอย่างดังนี้

4. Leungratanamart L, Sudjainark S, Wattanaviroj N, Meelai. Factors influencing the executive function in preschool-age children. Nursing Journal of the Ministry of Public Health [internet]. 2021 [cited 23 March 2022];31(3):15-27. Available from: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/255634/173945. (in Thai)

สำหรับบทความวารสารที่เผยแพร่บนอินเตอร์เน็ตหรือฐานข้อมูล ให้ผู้นิพนธ์อ้างอิงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลเดิมก่อนที่จะนำมาเผยแพร่เว็บไซต์ (โดยทั่วไปผู้เผยแพร่จะแจ้งแหล่งข้อมูลเดิมไว้ที่หน้าเว็บไซต์) หรือหากเป็นไปได้ ไม่ควรอ้างอิงจากหน้าเว็บเพจ

การอ้างอิงจากหนังสือ การเขียนชื่อผู้นิพนธ์หนังสือให้ใช้ข้อกำหนดเดียวกับชื่อผู้นิพนธ์วารสาร ชื่อหนังสือให้ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อหนังสือและชื่อเฉพาะ นอกนั้นเป็นอักษรตัวเล็กหมด ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากหนังสือ เช่น

5. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Garland Publishing; 2001.

6. Department of Mental Health. Annual report 2006. Bangkok: Idea Square; 2006. (in Thai)

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ ให้ระบุประเภทหรือระดับปริญญาในวงเล็บเหลี่ยม เมืองที่ตั้งของมหาวิทยาลัย ชื่อมหาวิทยาลัย และปีที่ได้ส่งเล่มวิทยานิพนธ์ ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ ทั้งแบบรูปเล่ม และ e-Theses คือ

7. Mawat W. Clinical situational analysis of nursing management for patients with chronic kidney disease, Wang Nuea Hospital, Lampang Province [Master thesis]. Chiangmai: Chiangmai University; 2012. (in Thai)
8. Promtong K. Effect of a community empowerment program on food consumption behaviors and blood sugar levels in pre-diabetes risk group [internet] [Master thesis]. Songkla; Prince of Songkla University; 2019 [cited on 28 March 2025]. Available from: https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2016/13469 (in Thai)

การอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเตอร์เน็ต ให้ระบุคำว่า [internet] ที่ท้ายชื่อเอกสาร ระบุวันที่เปิดเอกสารโดยใช้คำว่า [Cited DD Month YYYY]" ในวงเล็บเหลี่ยม และที่อยู่ของข้อมูลในอินเตอร์เน็ตโดยใช้คำว่า "Available from" ทั้งนี้ทางวารสารขอความร่วมมือจากผู้นิพนธ์ให้ใช้ข้อมูลจากเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือหรือเว็บไซต์วารสารหรือฐานข้อมูลเท่านั้น อย่างไรก็ตามขอให้ผู้นิพนธ์พิจารณาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลเดิมที่มีคนนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์เพื่อให้เกียรติแก่เจ้าของข้อมูล ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงจากฐานข้อมูลบนอินเตอร์เน็ต เช่น

9. Olsen NC. Self-reflection: Foundation for meaningful nursing practice [internet]. 2015 [cited 14 August 2020]. Available from: http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol39_2_Olsen_Nightingale.aspx

หากบทความมีภาพประกอบ ให้ใช้ภาพสี โดยระบุชื่อภาพไว้ด้านบนของภาพ หากเป็นภาพที่เป็นผลงานของบุคคลอื่น ให้ระบุที่มาของภาพไว้ที่ใต้ภาพ พร้อมทั้งมีการอ้างอิงด้วยตัวเลขหลังข้อความระบุที่มี และให้ทำการเขียนอ้างอิงท้ายเล่มด้วย เช่น

ที่มา: http://www.wallpapers.eu.com/view/sunrise-reflection-ocean-city-maryland-other.html[2]

การติดต่อ

ผู้นิพนธ์หรือผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ได้ที่

1. บรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
   ดร.มัณฑนา เหมชะญาติ โทรศัพท์/: 02-590-1974 Email: monthana@pnc.ac.th
2. รองบรรณาธิการวารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
   ดร.เชษฐา แก้วพรม โทรศัพท์/: 02-590-1834 Email: chettha@bcnph.ac.th
3. ผู้จัดการ/ผู้ประสานงาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
   นางสาวใบศรี นวลอินทร์ โทรศัพท์/: 02-590-1834 Email: n.tnaph@gmail.com