Thailand Citation Index
(TCI) Tier 2
Approved by TCI
During 2025-2029

# วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

## Regional Health Promotion Center 9 Journal

**ISSN : 2673-088X (Print) e-ISSN : 2697-3871 (Online)**

**จุดประสงค์** วารสารวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ

**ที่ปรึกษา**

| | |
|---|---|
| นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก | เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) |
| นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา | ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข |
| แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ | ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| นายแพทย์พีระยุทธ สานุกูล | ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |

**บรรณาธิการ** ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

**ผู้ช่วยบรรณาธิการ** เภสัชกรหญิง ดร.ปุญชรัสมิ์ ศิริทรัพย์ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

**กองบรรณาธิการ**

| | |
|---|---|
| รศ.ดร.ธนิดา ผาติเสนะ | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| ผศ.ดร.ประพัฒน์ เป็นตามวา | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| ผศ.ดร.ศรัญญา จุฬารี | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| ดร.สุภาพร วรรณสันทัด | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี |
| ดร.บัณฑิต วรรณประพันธ์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา |
| รัชนี บุญเรืองศรี | สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย |
| ประดับ ศรีหมื่นไวย | ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา |

**ฝ่ายจัดการ** ก้องเกียรติ ขอดผักแว่น, ณฐวรรณ ครองบุญ, นิตยา สาสวน, เทียนสว่าง ไชยอาษา, ศิริรัตน์ รัตนสมบูรณ์, อรรควรรณ สินธุบัว, กรรณิการ์ จันทร์ส่อง, ชนิดา เสนีย์วงค์

**เจ้าของ** ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

**ที่อยู่** 177 ม.6 ต.โคกกรวด อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 0-4430-5131 โทรสาร 0-4429-1506
Website: http://hpc9.anamai.moph.go.th/

**กำหนดออก** ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม-เมษายน, พฤษภาคม-สิงหาคม, กันยายน-ธันวาคม)

**รูปแบบการพิมพ์** จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มและออนไลน์ https://www.tcithaijo.org/index.php/RHPC9Journal

**สำนักพิมพ์** โรงพิมพ์เลิศศิลป์ โทร 0-4425-2883 www.LERTSIL.com

ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย สถาบันนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ชั้น 7 อาคารสำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี 126 ถนนประชาอุทิศ แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140
Tel. 02-470-9642 Email: tci.thai@gmail.com

4 กุมภาพันธ์ 2568

**เรื่อง** ผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 พ.ศ. 2568-2572

**เรียน** บรรณาธิการ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 / Regional Health Promotion Center 9 Journal

**สิ่งที่ส่งมาด้วย** รายละเอียดผลการประเมินฯ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพวารสาร

ตามที่ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) โดยการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI โดยได้ทำการแบ่งกลุ่มคุณภาพวารสารในฐานข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

**วารสารกลุ่มที่ 1**: วารสารที่ ผ่านการรับรองคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI

**วารสารกลุ่มที่ 2**: วารสารที่ผ่านการรับรองคุณภาพ และอยู่ในฐานข้อมูล TCI โดยสามารถยื่นขอปรับกลุ่มคุณภาพได้

**วารสารกลุ่มที่ 3**: วารสารที่ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ และข้อมูลบทความจะไม่ปรากฏในฐานข้อมูล TCI โดยสามารถยื่นขอปรับกลุ่มคุณภาพได้

บัดนี้ศูนย์ TCI ได้ทำการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 เสร็จเรียบร้อยแล้ว **โดยท่านสามารถตรวจสอบผลการประเมินได้จากเว็บไซต์ของศูนย์ TCI (https://tci-thailand.org) ทั้งนี้ วารสารของท่านได้รับการรับรองเป็น *วารสารกลุ่มที่ 2*** และเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพวารสาร ศูนย์ TCI มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงคุณภาพวารสารให้มีมาตรฐานสูงขึ้น ตามที่ปรากฏในสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ ศูนย์ TCI ได้ให้การรับรองคุณภาพวารสาร**ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2572** ซึ่งหากท่านต้องการขอรับการประเมินเพื่อปรับกลุ่มคุณภาพวารสาร ท่านสามารถส่งข้อมูลเพื่อเข้ารับการประเมินอีกครั้ง **ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2569** โดยทางศูนย์ TCI จะแจ้งรายละเอียดให้ทราบผ่านทางเว็บไซต์ของศูนย์ฯ ต่อไป

หากท่านต้องการให้ข้อมูลบทความในวารสารของท่านปรากฏในฐานข้อมูล TCI และระบบ ThaiRAP อย่างเป็นปัจจุบัน ทางศูนย์ TCI ขอความร่วมมือท่านบันทึกข้อมูลบทความเข้าในระบบ Fast-Track Indexing ในทันทีที่บทความได้รับการเผยแพร่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศ. ดร.ณรงค์ฤทธิ์ สมบัติสมภพ)

หัวหน้าศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

# สารบัญ

**หน้า**

**ผลการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 5 พ.ศ. 2568-2572** **ข**

**บทความวิจัย**

**ความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง** **386**

Welfare Satisfaction that Affects Organizational Commitment of Metropolitan Health and Wellness Institution

เกศรา โชคนำชัยสิริ, สุทธาวรรณ จีระพันธุ ซาโต้

**ผลของนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง “อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์” เพื่อส่งเสริมความรู้ เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกสำหรับนักเรียนประถมศึกษา** **401**

The Effect of Using the Innovative Storytelling "The Knight's Conquest in Dengue Land" on Enhancing Dengue Fever Knowledge Among Primary School Students

อนุวัฒน์ สุรินราช, จิราภรณ์ จำปาจันทร์

**ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้เรื่องมะเร็งต้านม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในจังหวัดอุบลราชธานี** **415**

The Effect of Self-efficacy Promotion Program on Breast Cancer Knowledge and Breast Self-examination Behavior of Woman in Ubon Ratchathani Province

เพ็ญศรี จิตต์จันทร์, ณัฐนวียา จิตต์จันทร์

**ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์** **427**

Prevalence and Factors Associated with Depression in Elderly with Chronic Disease Who Received Care at Ban Mai Chaiyapot Hospital, Burirum Province

นนท์ มูลดวง, ปิยะนุช บังเอิญ

**ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์** **438**

Knowledge, Attitude, and Behavior in Preventing E-Cigarette Smoking among Junior High School Students in Mueang District, Buriram Province

กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร, สุภิศา ขำอเนก, ปิยะนุช บังเอิญ, ปัณณทัต บนขุนทด, ปุณยนุช สละชั่ว, เพชรตะวัน ธนะรุ่ง, จารินี คูณทวีพันธุ์, อรศรี สุวิมล

# สารบัญ

**หน้า**

**บทความวิจัย**

**ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์** **449**

Mental Health Status and Factors Related to Mental Health Status among Health Care Providers in Ban Kruat Hospital, Buriram Province

วสันต์ กิตติวีรวงศ์, รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์

**ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน** **460**

Effectiveness of Exercise Program for The Fall Risk Elderly People through Community Participation

จุฑามาศ วงศ์เทววิมาน

**ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชาของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช** **471**

Factors Associated with Mental and Behavioral Disorders due to Cannabis Abuse in Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital

ฐิรพล ดิชวงศ์, สพิชชา เสมือนใจ, สิรินาถ เลิศศรี, สุทธินัย จิรสุวรรณประภา, สุรินทร สีทา, ทวีพงศ์ ช่างเจรจา

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า อายุครรภ์ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น** **484**

The Correlation between Stress, Depression, Prenatal Gestational Age, and Birth Weight among Postpartum Mothers at Chum Phae Hospital, Khon Kaen Province

สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, พงษ์ศักดิ์ จันทร์งาม

**การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับการพัฒนาโมเดลในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อย** **496**

A Study on the Needs of Caregivers for the Elderly to Develop a Model for Elderly and Dependent Care: A Case Study of Poknoi Sub-district Health Promotion Hospital

ศวิตา ศรีสวัสดิ์, พัสกร องอาจ, ลำไพ วจีสิงห์, กนกวรรณ มีกำพี้, ลีลวัฒน์ กองศูนย์, รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ

# สารบัญ

**หน้า**

**บทความวิจัย**

**การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566 – 2570) กับการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ ของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการสำคัญ** **506**

Study of the relationship between perception of the National Plan of Action on Nutrition Phase 1 (B.E. 2566 – 2570) and the plan implementation by organization responsible for key projects

กุลนันท์ เสนคำ, สายพิณ โชติวิเชียร, นาตยา อังคนาวิน, ภาสกร สุระผัด, อรวรา เดชสกุลไกร

**ผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา** **526**

Effects of the Preparations for Practical Training in Adult and Elderly Nursing Practice 1 Using Virtual Simulation Scenarios for 2nd Year Nursing Students, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

นัฐรัมภาพร ธนปิยวัฒน์, อภิฤดี พาผล, วริศรา ปั่นทองหลาง, ปทิตตา ทรวงโพธิ์, วิราพร สืบสุนทร, เยี่ยม คงเรืองราช, สุชาฎา คล้ายมณี, ศักดิ์สิน สิมสินธุ์, ญาณิพิชย์ เพชรรามพะเนาว์, สุรีรัตน์ แก้วเอก

**การศึกษาผลสำเร็จของผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ได้ระบุไว้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลสระบุรี** **538**

The Success of Patients Dying at Their Preferred Place of Death as Specified in Advance Care Planning among Terminal Cancer Patients At Saraburi Hospital

อัจฉรา มานะประเสริฐศักดิ์, ศรัณย์ วีรเมธาชัย, ภัชรี สมบัติที

**การศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชน ในเขตเทศบาลจังหวัดขอนแก่น** **551**

Contexts, Problems, and Needs based on Waste Management of Communities in Municipality Areas, Khon Kaen Province

ศิริชัย จันพุ่ม, สุนทรี จีนธรรม, อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์

# สารบัญ

**หน้า**

**บทความวิจัย**

**ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 9** **568**
Prevalence and Factor Associated with Burnout State among Care Manager of Long-Term Care System in Health Region 9th
ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์, วรพงษ์ สายโสภา

**สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล** **587**
**มารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี**
Cultural Competency of The Third Year Nursing Students in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum 1 of Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri
พิชชาภรณ์ สาตะรักษ์, ฐิตารีย์ ดิษาภิรมย์, กิตติพร ประชาศรัยสรเดช

**ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค** **600**
**ในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง**
The Effect of a Health Belief Enhancement Program on Stroke Prevention Behaviors in Individuals at Risk of Stroke
อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, สุนิสา ค้าขึ้น, นฤมล เปรมาสวัสดิ์

**ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ดูแล** **617**
**ต่อความเครียด ความมั่นใจ และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง**
Effects of a Palliative Care Consulting Program for Caregivers' on Stress, Confidence and Palliative Care Outcomes
วะนัสนัน วันสืบ, ลักษณ์พร เพ็ชรสีเขียว

**บทความวิชาการ**

**บทบาทของหัวหน้างานในการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรม** **634**
The Role of Supervisors in Occupational Health and Safety Management in Industrial Plants
สิทธิชัย สิงห์สุ, วรรณภา เนาวราช, ชานนท์ สุจิตวนิช, วริยา เคนทวาย, , กนกพร สมพร

# สารบัญ

**หน้า**

**บทความวิจัย**

**ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของผู้ดูแล และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง** **642**

Effectiveness of Sepsis Prevention Program on Attitude, Knowledge, and Practice of Caregivers and Readmission of Bedridden Patients

สมจิตร หงษ์สัมฤทธิ์, กัญจน์อมล ปานแก้ว

**ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต** **655**

Effect of Nurses' Support Program on Preterm Infant Caring Behaviors Among Mothers in a Neonatal Semi-Intensive Care Unit

จิตตวดี พรหมโสภา, ชรินทร์พร มะชะรา

**ภาวะสุขภาพนักเรียนและรูปแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียน ในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา** **673**

Student, Health Status and School Health Service Model of Basic Education Institutions in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

รำไพ หมั่นสระเกษ, กฤตกร หมั่นสระเกษ, จันทร์เพลิน คิดการ

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา** **686**

Factors Associated with the Severity of Coronavirus Disease 2019 among Patients Receiving Treatment in Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima Province

รณยศ สุวรรณกัญญา

**ปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา: การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง** **700**

Risk Factors for Progression from Stage 3 to Stage 4 Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima Province: A Retrospective Cohort Study

ธมนวรรณ หนองหว้า, ลำพึง วอนอก

# สารบัญ

**หน้า**

**บทความวิจัย**

**ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี** **716**

The Effects of a Behavioral Activation Therapy Program on Reducing Depression in Pregnant Women at Banpong Hospital, Ratchaburi Province

นิศารัตน์ เอี่ยมชาญบรรจง, จรัสพร หอมจันทร์ดี

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี** **732**

Factors Related to Health Literacy of Buddhist Monks in Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province

รัตนา บุญพา, วรางคณา บุตรศรี, พระครูธีรธรรมบัณฑิต

**มุมมองต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง** **742**

Perspectives on Successful Behavioral Modification for Sustained Blood Glucose Control in Individuals with Diabetes

วัชรินทร์ วงษาหล้า, มโนไท วงษาหล้า, เดือนเพ็ญ สิงห์ทอง

**การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11** **756**

The Model Development of Health Literacy Community to Control Overnutrition for Working Age Group in Regional Health 11

ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์

**การพัฒนาอาสาสมัครและสร้างกระบวนการสื่อสารแบบไร้รอยต่อระหว่างการส่งต่อนักท่องเที่ยวฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลของ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง** **773**

Development of Volunteer and Emergency Tourist-patients Referral System and Communication Process in Seamless Pattern for Remote Community Tourism Destination in Mueang Pan District Lampang Province

ปิยธรณ์ เร่งเร็ว, อิสรา โยริยะ, ณัฐนันท์ ฐิติยาปราโมทย์, เบญจวรรณ เลาลลิต, ณัฐวุฒิ ปัญญา, นุสรา แสงอร่าม, ปัณณทัต กัลยา

# สารบัญ

**หน้า**

**บทความวิจัย**

**ผลของการคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมโดยใช้ Quadruple Test โรงพยาบาลปราสาท** **787**

Outcomes of Down Syndrome screening with Quadruple test at Prasat Hospital

ธิดารัตน์ พรหมบุตร

**ภาคผนวก**

คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) **a**

หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style) **e**

การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 **g**

ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 **j**

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์–บทความทั่วไป **k**

หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์–บทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ และการศึกษาอิสระ **l**

# ความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

**เกศรา โชคนำชัยสิริ*[a], สุทธาวรรณ จีระพันธุ ซาโต้****

## บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าอิสระรูปแบบ Problem-based solving ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง และศึกษาความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการลาออก ขอย้าย ขอโอน ไปหน่วยงานอื่น ของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 196 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้ค่าความแปรปรวนทางเดียว และใช้สถิติถดถอยพหุคูณ Multiple regression analysis

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 32.1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 49.5 สถานภาพโสด ร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 10,001-20,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 38.8 มีความผูกพันเกี่ยวกับความสุขโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเรื่อง ตอบแทนผู้มีพระคุณที่ช่วยเหลือมากที่สุดร้อยละ 49.5 รองลงมา ระดับมาก เรื่องความรู้สึกเอื้ออาทร หรือห่วงใยคนรอบข้าง ร้อยละ 55.1

ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าไม่เป็นไปตามสมมติฐาน คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะส่วนบุคคลต่างกัน ส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากร ไม่ต่างกัน และเป็นไปตามสมมติฐาน คะแนนความพึงพอใจเกี่ยวกับสวัสดิการด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านนันทนาการ ด้านวันหยุด ที่ได้รับต่างกัน ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ**: ความพึงพอใจ; สวัสดิการ; ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย

[a] Corresponding author: เกศรา โชคนำชัยสิริ Email: siri.ketsara@gmail.com

***รับบทความ: 24 พ.ย. 67; รับบทความแก้ไข: 10 ธ.ค. 67; ตอบรับตีพิมพ์: 11 ธ.ค. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 ก.พ. 68***

# Welfare Satisfaction that Affects Organizational Commitment of Metropolitan Health and Wellness Institution

**Ketsara Choknumchaisiri[*a], Suthawan Chirapanda Sato[**]**

## Abstract

The objectives of this study were to investigate organizational commitments among personnel at the Urban Health Development Institute and examine the satisfaction with benefits that affect employees' organizational commitment. Additionally, it also analyzed reasons behind personnel resignations, requests for transfers, or relocations to other agencies. Samples included 196 individuals who were civil servants, government employees, permanent staff, and the MOPH's personnel. A questionnaire that was tested for reliability was used as a data collection tool. Statistics used for data analysis included percentages, means, standard deviations, and one-way ANOVA for variance analysis.

Results revealed that most of the samples were females (78.6%), with ages ranging between 51-60 years (32.1%). Most of them had a bachelor's degree (49.5%) and were single (46.4%). The average income was 10,001-20,000 Baht/month, and 38.8% had been working for over 15 years. There was an overall sense of happiness among the participants, with the highest agreement on the importance of reciprocating the help received (49.5%), followed by a strong feeling of care for those around them (55.1%).

Hypothesis testing showed that the differences in personal characteristics of the samples did not significantly affect personnel commitment. However, it was confirmed that differences in satisfaction scores regarding economic benefits, health benefits, education, recreation, and holidays significantly affected organizational commitment among personnel, with statistical significance at p=0.05.

**Keywords**: Satisfaction; Benefits; Organizational commitment of personnel

[*] Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Metropolitan Health and Wellness institution, Department of Health, Ministry of Public Health

[**] Assistant Professor, Faculty of Business Administration, University of the Thai Chamber of Commerce

[a] Corresponding author: Ketsara Choknumchaisiri Email: siri.ketsara@gmail.com

***Received: Nov. 24, 24; Revised: Dec. 10, 24; Accepted: Dec. 11, 24; Published Online: Feb. 7, 25***

## บทนำ

ปัจจุบันการดำเนินงานส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขต้องมีการปรับกลยุทธ์สอดรับกับทิศทางการดำเนินงานขององค์กร ให้เติบโตได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพสูงสุด อีกทั้งสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงกำลังคนภาครัฐของสำนักงาน ก.พ.[1] มอบนโยบายให้หน่วยงานบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐมีการใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลให้มีความคุ้มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุด จากการทบทวนสถานการณ์กำลังคน การบริหารอัตรากำลังพบว่า อัตราการลาออก เกษียณอายุราชการ หรือย้ายงานขององค์กรเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ซึ่งเป็นหน่วยงานภาครัฐ สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับกลยุทธ์รักษาบุคลากร เพราะการสูญเสียบุคลากรไปไม่เพียงสูญเสียผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้น ๆ แต่มีค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและพัฒนาเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน สวัสดิการถือเป็นปัจจัยหลักหนึ่งที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานที่ทำและหน่วยงานที่ตนปฏิบัติงาน ทำให้มีความผูกพันกับองค์กรได้ ดังนั้น การส่งเสริมให้เกิดความผูกพันต่อองค์กรจึงเป็นสิ่งที่มีคุณค่าต่อบุคลากร อีกทั้งการที่องค์กรมีสวัสดิการที่ดีที่ตอบความต้องการให้กับบุคลากรได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และมีความเท่าเทียม ยุติธรรม ส่งเสริมให้องค์กรมีภาพลักษณ์ที่ดีบุคลากรมีความภาคภูมิใจ อันเป็นสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรทั้งในปัจจุบันและอนาคต ซึ่งกรมอนามัยได้มอบหมายให้ทุกหน่วยงานในสังกัดมีการประเมินความผูกพันของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องทุกปี คะแนนร้อยละความผูกพันภาพรวมของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 เท่ากับ ร้อยละ 70.41 และ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ร้อยละ 72.61 สำหรับปี 2567 พบว่า มีคะแนนความผูกพันของบุคลากรอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77 แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนรายด้านบางด้าน เช่น การสนับสนุนสวัสดิการให้กับบุคลากร ร้อยละ 76.45 หรือคะแนนรายด้านการส่งเสริมอาชีพสร้างรายได้ ร้อยละ 74.97 และยังไม่มีการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง หรือวิเคราะห์กิจกรรมสร้างความผูกพันและสวัสดิการที่บุคลากรต้องการอย่างแท้จริง และที่มาของข้อคำถามในการประเมิน ควรศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การแก้ไขสวัสดิการบุคลากร สามารถดำเนินการได้ เช่น ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ กับประเภทการจัดสวัสดิการ อีกทั้ง สถิติอัตราการสูญเสียของบุคลากรย้อนหลัง 3 ปี พบว่า สูญเสียจากการลาออก ขอโอนและขอย้าย จากจำนวนบุคลากร 235 คน พบว่า ปี 2565 จำนวน 18 คน ปี 2566 จำนวน 22 คน และ ปี 2567 จำนวน 31 คน

จากที่กล่าวมาข้างต้น การพัฒนางานของสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองเพื่อมุ่งสู่องค์กรที่ยั่งยืน ทรัพยากรที่เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้องค์กรขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายได้ คือ บุคลากรของหน่วยงานสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ซึ่งปัจจุบัน มีการเปิดรับสมัครคัดเลือก บรรจุ แต่งตั้ง รับย้าย และ รับโอนทดแทนอัตรากำลังที่สูญเสียจากการเกษียณอายุราชการ ลาออก หรือย้ายหน่วยงาน และให้มาปฏิบัติหน้าที่ที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง เพื่อขับเคลื่อนงานภารกิจที่กรมอนามัยมอบหมายให้สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง อีกทั้ง การเอาใจใส่ดูแลบุคลากร มีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยการให้ความช่วยเหลือแก่บุคลากร สร้างความสุข สุขภาพกายดี สุขภาพจิตดี ลดความเครียดลงได้ อันส่งผลดีต่อกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อให้มีประสิทธิภาพ การกระตุ้นให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจ และเต็มใจในการทำงานให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา ความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้ทราบถึงความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากร สามารถแก้ไขปัญหา การได้รับสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ให้เพียงพอและตรงกับความต้องการมากน้อยเพียงใด และมีผลต่อความผูกพันเป็นอย่างไร เพื่อนำผลการวิจัยนี้มาใช้ประโยชน์ปรับปรุงสวัสดิการที่ดีส่งผลต่อความพึงพอใจ ทำให้รักษาและจูงใจสร้างความผูกพันต่อองค์กร ให้บุคลากรปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ และแก้ไขปัญหาการลาออกหรือการย้ายหน่วยงาน หรือการพัฒนาบุคลากรที่เกษียณอายุราชการ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

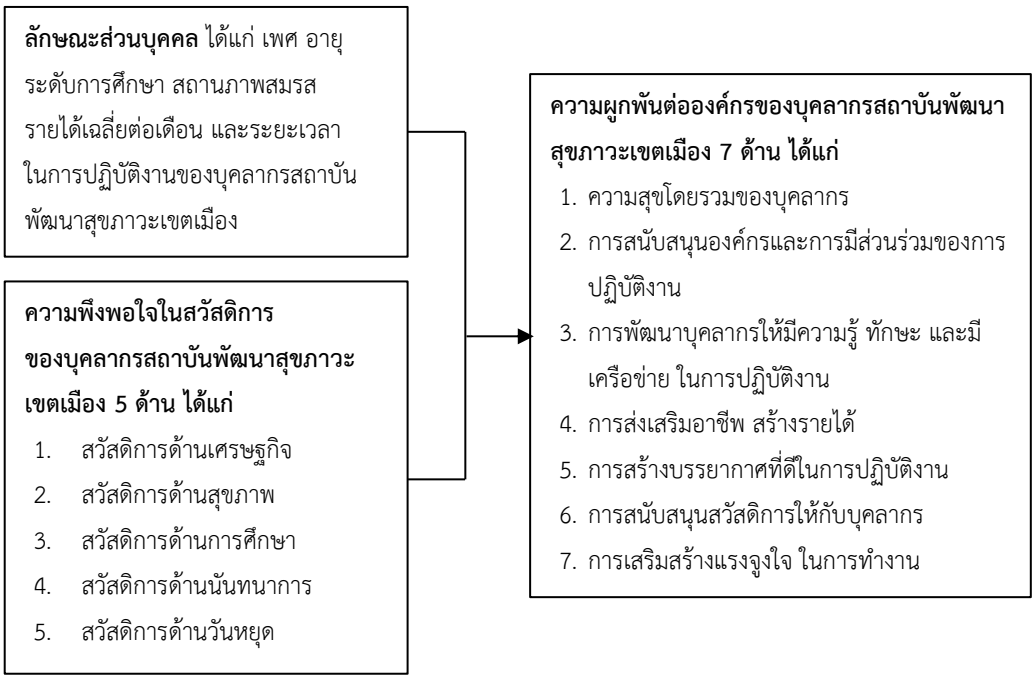
1) เพื่อศึกษาความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

2) เพื่อศึกษาความพึงพอใจในสวัสดิการด้านใดที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

3) เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการลาออก ขอย้าย ขอโอน ไปหน่วยงานอื่น ของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์แนวคิดทฤษฎีลำดับขั้นของความต้องการของ Abraham Harold Maslow[2] แนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการ และความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากร ดังแสดงในภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการศึกษา คือ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานที่สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง ระหว่างเดือนตุลาคม 2566-สิงหาคม 2567 จำนวนประชากร 230 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างโดยใช้ความสะดวกและหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan[3-5] ได้จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 144 คน ทั้งนี้ ได้มีการเพิ่มจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างไปอีกร้อยละ 20 เพื่อลดความเสี่ยงจากอัตราการตอบกลับน้อยหรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือแบบสอบถามในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างและออกแบบจากการทบทวนวรรณกรรมและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานลักษณะส่วนบุคคล</u> จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ข้อเป็นคำถามชนิดปลายปิด

<u>ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในสวัสดิการของผู้ตอบแบบสอบถาม</u> จำแนกรายด้านมีทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ 1) สวัสดิการด้านเศรษฐกิจ 2) สวัสดิการด้านสุขภาพ 3) สวัสดิการด้านการศึกษา 4) สวัสดิการด้านนันทนาการ และ 5) สวัสดิการด้านวันหยุด เป็นแบบสอบถามปลายปิดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจากคำตอบที่ให้เลือก 5 ตัวเลือก (Check list) แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (1=เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด ถึง 5=เห็นด้วยในระดับมากที่สุด)

<u>ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความผูกพันต่อองค์กร</u> จำแนกรายด้านทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุขโดยรวม 2) การสนับสนุนองค์กรและการมีส่วนร่วมของการปฏิบัติงาน 3) การส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้ 4) การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ และมีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน 5) การสร้างบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงาน 6) การสนับสนุนสวัสดิการให้กับบุคลากร และ 7) การเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน เป็นแบบสอบถามปลายปิด ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวจากคำตอบที่ให้เลือก 5 ตัวเลือก แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1=เห็นด้วยในระดับน้อยที่สุด ถึง 5=เห็นด้วยในระดับมากที่สุด)

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มาเพื่อปรับปรุงแบบสอบถาม ซึ่งความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.85 ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินคุณภาพ

ของเครื่องมือใช้เกณฑ์ CVI=0.80 ขึ้นไป แสดงว่า แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยมีคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาที่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น พบว่า แบบสอบถามมีค่าความน่าเชื่อถือ เท่ากับ 0.86

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ในการทดสอบสมมุติฐานหากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 0.05 จะทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ ด้วยวิธี LSD และวิเคราะห์ความพึงพอใจในสวัสดิการ 5 ด้าน ที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis)

**การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร**

โครงการวิจัยได้รับการรับรองคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย รหัสโครงการ S15032/2567 ลงวันที่ 16 ตุลาคม 2567 และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ชัดเจน และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ หากมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ เมื่อสิ้นสุดการวิจัย ข้อมูลที่เก็บไว้ ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด ภายหลังเก็บข้อมูลไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี หลังเสร็จสิ้นการทำวิจัย

## ผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม**

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.6 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 32.1 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 49.5 สถานภาพโสด ร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 10,001-20,000 บาท ต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 15 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 38.8 และส่วนมากเป็นข้าราชการ ร้อยละ 49.0

**ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย**

**2.1 ผลการศึกษาความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง**

ระดับความคิดเห็นโดยรวมต่อความผูกพันองค์กรในด้าน 1) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสุขโดยรวมอยู่ในระดับมาก 2) ด้านการสนับสนุนองค์กรและการมีส่วนร่วมของการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก 3) ด้านการส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้ อยู่ในระดับมาก 4) ด้านการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ และมีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับปานกลาง 5) ด้านการสร้างบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก 6) ด้านการสนับสนุนสวัสดิการให้กับบุคลากร อยู่ในระดับมาก และ 7) ด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน อยู่ในระดับมาก โดยภาพรวมความผูกพัน 7 องค์ประกอบ ระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นความผูกพันแต่ละด้านของบุคลากร

| ความคิดเห็นความผูกพันแต่ละด้านของบุคลากร | Mean | SD | ระดับความพึงพอใจ |
|---|---|---|---|
| 1. ด้านความสุขโดยรวม | 3.98 | 0.56 | มาก |
| 2. ด้านการสนับสนุนองค์กรและการมีส่วนร่วมของการปฏิบัติงาน | 4.18 | 0.65 | มาก |
| 3. ด้านการส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้ | 3.80 | 0.88 | มาก |
| 4. ด้านการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะ และมีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน | 3.38 | 0.82 | ปานกลาง |
| 5. ด้านการสร้างบรรยากาศที่ดีในการปฏิบัติงาน | 4.14 | 0.68 | มาก |
| 6. ด้านการสนับสนุนสวัสดิการให้กับบุคลากร | 3.96 | 0.82 | มาก |
| 7. ด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน | 3.98 | 0.74 | มาก |

**2.2 ผลการศึกษาความพึงพอใจในสวัสดิการของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง**

ระดับความคิดเห็นความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการ 1) ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับมาก 2) ด้านเศรษฐกิจ อยู่ในระดับมาก 3) ด้านการศึกษา อยู่ในระดับมาก 4) ด้านนันทนาการ อยู่ในระดับมาก และ 5) ด้านวันหยุด อยู่ในระดับมาก สรุประดับความคิดเห็นความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการ 5 ด้าน อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความพึงพอใจแต่ละด้านสวัสดิการของบุคลากร

| ความพึงพอใจแต่ละด้านในสวัสดิการบุคลากร | Mean | SD | ระดับความพึงพอใจ |
|---|---|---|---|
| 1. สวัสดิการด้านสุขภาพ | 3.75 | 0.92 | มาก |
| 2. สวัสดิการด้านเศรษฐกิจ | 4.03 | 0.82 | มาก |
| 3. สวัสดิการด้านการศึกษา | 4.02 | 0.94 | มาก |
| 4. สวัสดิการด้านนันทนาการ | 3.96 | 0.83 | มาก |
| 5. สวัสดิการด้านวันหยุด | 4.08 | 0.84 | มาก |

**2.3 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความพึงพอใจเกี่ยวกับสวัสดิการที่ได้รับของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมืองที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง โดยใช้สถิติ One-way ANOVA ในการทดสอบสมมติฐาน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า

<u>สมมติฐานการวิจัยที่ 1</u> ลักษณะส่วนบุคคลต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน จากผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** แสดงผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 1 ด้วยสถิติ One-way ANOVA ดังนี้

| ลักษณะส่วนบุคคล | | ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value |
| เพศ | ระหว่างกลุ่ม | 13.893 | 70 | 0.198 | 1.298 | 0.103 |
| | ภายในกลุ่ม | 19.107 | 125 | 0.153 | | |
| | รวม | 33.000 | 195 | | | |
| อายุ | ระหว่างกลุ่ม | 103.952 | 70 | 1.485 | 1.157 | 0.238 |
| | ภายในกลุ่ม | 160.456 | 125 | 1.284 | | |
| | รวม | 264.408 | 195 | | | |
| ระดับการศึกษา | ระหว่างกลุ่ม | 33.760 | 70 | 0.482 | 1.138 | 0.263 |
| | ภายในกลุ่ม | 52.990 | 125 | 0.424 | | |
| | รวม | 86.750 | 195 | | | |
| สถานภาพ | ระหว่างกลุ่ม | 30.155 | 70 | 0.431 | 1.079 | 0.352 |
| | ภายในกลุ่ม | 49.906 | 125 | 0.399 | | |
| | รวม | 80.061 | 195 | | | |
| รายได้เฉลี่ย | ระหว่างกลุ่ม | 78.677 | 70 | 1.124 | 1.015 | 0.464 |
| ต่อเดือน | ภายในกลุ่ม | 138.445 | 125 | 1.108 | | |
| | รวม | 217.122 | 195 | | | |
| ระยะเวลา | ระหว่างกลุ่ม | 140.069 | 70 | 2.001 | 1.285 | 0.112 |
| การปฏิบัติงาน | ภายในกลุ่ม | 194.681 | 125 | 1.557 | | |
| | รวม | 334.750 | 195 | | | |
| ตำแหน่ง | ระหว่างกลุ่ม | 144.123 | 70 | 2.059 | 1.119 | 0.291 |
| | ภายในกลุ่ม | 230.081 | 125 | 1.841 | | |
| | รวม | 374.204 | 195 | | | |

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 คะแนนความพึงพอใจเกี่ยวกับสวัสดิการที่ได้รับต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน จากผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า คะแนนความพึงพอใจเกี่ยวกับสวัสดิการที่ได้รับต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน (ตารางที่ 4)

**ตารางที่ 4** แสดงผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยที่ 2 ด้วยสถิติ One-way ANOVA ดังนี้

| สวัสดิการ | | ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sum of Squares | df | Mean Square | F | p-value |
| สวัสดิการด้านเศรษฐกิจ | ระหว่างกลุ่ม | 15407.500 | 70 | 220.107 | 3.115 | 0.000* |
| | ภายในกลุ่ม | 8831.495 | 125 | 70.652 | | |
| | รวม | 24238.995 | 195 | | | |
| สวัสดิการด้านสุขภาพ | ระหว่างกลุ่ม | 754.901 | 70 | 10.784 | 3.254 | 0.000* |
| | ภายในกลุ่ม | 414.257 | 125 | 3.314 | | |
| | รวม | 1169.158 | 195 | | | |
| สวัสดิการด้านการศึกษา | ระหว่างกลุ่ม | 469.550 | 70 | 6.708 | 3.828 | 0.000* |
| | ภายในกลุ่ม | 219.037 | 125 | 1.752 | | |
| | รวม | 688.587 | 195 | | | |
| สวัสดิการด้านนันทนาการ | ระหว่างกลุ่ม | 1468.960 | 70 | 20.985 | 3.803 | 0.000* |
| | ภายในกลุ่ม | 689.815 | 125 | 5.519 | | |
| | รวม | 2158.776 | 195 | | | |
| สวัสดิการด้านวันหยุด | ระหว่างกลุ่ม | 2367.422 | 70 | 33.820 | 4.047 | 0.000* |
| | ภายในกลุ่ม | 1044.639 | 125 | 8.357 | | |
| | รวม | 3412.061 | 195 | | | |

*p-value<0.05

<u>สมมติฐานการวิจัยที่ 3</u> ความพึงพอใจในสวัสดิการ 5 ด้านที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง จากผลการศึกษาโดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ พบว่า มีตัวแปรอิสระ จำนวน 1 ตัวแปรที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง คือ สวัสดิการด้านการศึกษา (p=0.044) มีค่าสัมประสิทธิถดถอย (b) เท่ากับ 0.359 อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 0.741 และสามารถอธิบายความสัมพันธ์ได้ร้อยละ 55 และมีค่าความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์ที่ ± 0.831 ส่วนอีก 4 ด้าน ได้แก่ สวัสดิการด้านเศรษฐกิจ สวัสดิการด้านสุขภาพ สวัสดิการด้านนันทนาการ และสวัสดิการด้านวันหยุด ไม่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง อย่างมีระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 5** แสดงผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณของความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง

| Model | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | t | Sig. | F | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | b | Std. Error | Beta | | | | |
| (Constant) | 10.339 | 0.831 | | 12.44 | 0.000 | 46.35 | 0.000* |
| สวัสดิการด้านเศรษฐกิจ | 0.024 | 0.028 | 0.086 | 0.85 | 0.394 | | |
| สวัสดิการด้านสุขภาพ | 0.200 | 0.149 | 0.157 | 1.34 | 0.181 | | |
| สวัสดิการด้านการศึกษา | 0.359 | 0.177 | 0.216 | 2.03 | 0.044* | | |
| สวัสดิการด้านนันทนาการ | 0.174 | 0.094 | 0.185 | 1.85 | 0.066 | | |
| สวัสดิการด้านวันหยุด | 0.122 | 0.066 | 0.163 | 1.84 | 0.068 | | |

*p<0.05, R=0.741, $R^2$=0.550, Adjusted $R^2$=0.538, SEE=0.366, Durbin-Watson=1.850

**2.4 ผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา แนวทางเลือกสำหรับแก้ไขปัญหาการประเมินทางเลือกและทางเลือกที่แนะนำ**

ผลวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาการลาออก ขอย้าย ขอโอน ไปหน่วยงานอื่นของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง การประเมินทางเลือก และการแก้ไขปัญหา อัตราการลาออก การย้ายงานของบุคคลากร มีดังนี้

ปัญหาที่พบเกิดจากนโยบายการทำงาน การปรับโครงสร้างอัตรากำลัง และการจัดสวัสดิการไม่ทั่วถึง จากผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในสวัสดิการแต่ละด้าน ไม่มีด้านใดที่มีความพึงพอใจของบุคลากรในระดับมากที่สุด จึงควรรับฟังความคิดเห็นของบุคลากร สร้างการมีส่วนร่วมทุกระดับ แบ่งสัดส่วนกิจกรรมแต่ละกิจกรรมชัดเจน เช่น การจัดสวัสดิการ ด้านการส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้ คะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุดน้อยที่สุดในทุกด้าน จึงควรสนับสนุนพื้นที่จุดบริการสร้างรายได้ให้บุคลากรภายในหน่วยงาน เพื่อให้การจัดสวัสดิการครอบคลุมทุกตำแหน่งทั่วถึงและสอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร ควรเร่งรัดดำเนินการภายใน 1 ปี และมีการติดตามประเมินความพึงพอใจทุก 6 เดือน

ปัญหาที่พบ บุคลากรต่างคนต่างอยู่แยกตัว ไม่มีกิจกรรมส่งเสริมความผูกพันในบุคลากร จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะส่วนบุคคลต่างกัน ส่งผลต่อความผูกพันของบุคลากร ไม่ต่างกัน ข้อมูลส่วนบุคคลจึงไม่มีผลต่อการสร้างผูกพันในบุคลากร แต่ในส่วน คะแนนความพึงพอใจเกี่ยวกับสวัสดิการด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านนันทนาการ ด้านวันหยุดที่ได้รับต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน ดังนั้น การจัดสวัสดิการมีผลต่อความผูกพันของบุคลากร จะลดอัตราการลาออก การย้ายงานของบุคลากร จึงควรจัดสวัสดิการ ให้ครอบคลุมทุกด้าน สวัสดิการด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษา ด้านนันทนาการ ด้านวันหยุด อย่างต่อเนื่อง และประชาสัมพันธ์ ให้บุคลากรรับรู้สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ข้อดีในการดำเนินการแก้ไขดังกล่าว ลดอัตราการลาออก การย้ายงานของบุคลากร

และมีการแก้ไขปัญหาที่ตรงกับปัญหาที่พบในองค์กร ส่วนข้อเสีย มีการใช้งบประมาณ ในการแก้ไขปัญหา เช่น การจัดสวัสดิการ ด้านสุขภาพ เช่นการตรวจสุขภาพประจำปี ให้เจ้าหน้าที่ หรือบริการฉีดวัคซีน ให้บุคลากร หรือกำหนดพื้นที่ตลาดหรือร้านอาหาร อาชีพเสริม สร้างรายได้ หรือการเพิ่มค่าครองชีพ ต้องใช้งบประมาณ เพื่อสนับสนุนการดำเนินการดังกล่าว

## การอภิปรายผล

การอภิปรายผลจะเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง โดยจะอธิบายตามสมมติฐาน ดังนี้

**สมมติฐานที่ 1** ลักษณะส่วนบุคคลต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน ผลการศึกษา คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และตำแหน่ง พบว่า ถึงแม้ลักษณะส่วนบุคคลต่างกันแต่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการทำงานในองค์กรซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับและแนวทางปฏิบัติ ดังนั้น ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจะมีคุณลักษณะส่วนบุคคลแตกต่างกัน ก็ไม่เป็นเหตุจูงใจส่งผลให้เกิดความผูกพันต่อองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัทสรณ์ ชำนาญเวช[6] ศึกษาปัจจัยลักษณะงานและปัจจัยประสบการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันของพนักงาน บริษัท เอฟ-เทค เอ็มเอฟจี (ไทยแลนด์) จำกัด (สำนักงานใหญ่) ผลการศึกษา พบว่า 1) พนักงานที่มีอายุแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อความผูกพันของพนักงานโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชวนชม พ่วงตระกูล และภิเษก ชัยนิรันดร์[7] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันองค์กรของข้าราชการและลูกจ้างสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินภาค 7 (จังหวัดขอนแก่น) ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ และระยะเวลาทำงาน แตกต่างกัน มีผลต่อความผูกพันองค์กรไม่แตกต่างกัน

**สมมติฐานที่ 2** คะแนนความพึงพอใจเกี่ยวกับสวัสดิการที่ได้รับต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า คะแนนความพึงพอใจเกี่ยวกับสวัสดิการที่ได้รับต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งเมื่อพิจารณาแยกรายด้าน พบว่า

ความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านสุขภาพที่ต่างกัน ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านสุขภาพส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร เนื่องจาก การที่องค์กรเป็นหน่วยงานภาครัฐ ได้มีการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้กับบุคลากรทุกระดับอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการตัดสินใจเข้ามาอยู่ในองค์กร สร้างความปลอดภัยและอบอุ่นใจให้กับบุคลากร หากมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นย่อมได้รับการดูแลตามสวัสดิการที่องค์กรจัดไว้ให้ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ วรรณวิไล หุยประเสริฐ[8] ศึกษาเรื่องความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานส่วนปฏิบัติการสถานี บริษัท ระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) พบว่า ความพึงพอใจต่อสวัสดิการ

ด้านสุขภาพ ไม่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานส่วนปฏิบัติการ สถานี บริษัท ระบบขนส่งมวลชน กรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพนักงานมีสวัสดิการประกันสังคมที่เหมือนกัน ครอบคลุม ประกันสุขภาพ ประกันชีวิต อุบัติเหตุกลุ่ม การฉีดวัคซีน รวมถึงการไปเยี่ยมไข้ กรณีพนักงานเป็นผู้ป่วยใน อาจไม่ใช่สิ่งสำคัญของพนักงานที่ให้ความสำคัญ และไม่ใช่สิ่งที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน

ความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านเศรษฐกิจที่ต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าความพึงพอใจต่อสวัสดิการด้านเศรษฐกิจส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร เนื่องจาก สวัสดิการด้านเศรษฐกิจเป็นเหตุผลหนึ่งที่สำคัญทำให้บุคลากรอยากเข้ามาในองค์กรและเป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจของบุคลากรที่จะเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในองค์กร อีกทั้งการเข้ามาอยู่ในหน่วยงานภาครัฐ บุคลากรที่เข้ามาทำงานต่างมีความเชื่อมั่นว่าการทำงานในหน่วยงานของรัฐทำให้ชีวิตเกิดความมั่นคง สวัสดิการด้านเศรษฐกิจจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น เนื่องจากปัจจัยด้านการเงินและค่าตอบแทนเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ การจัดสวัสดิการที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของมนุษย์ ย่อมมีผลต่อวามผูกพันและความจงรักภักดีต่อองค์กร ทำให้ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มที่เต็มศักยภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณฐาพัชร์ วรพงศ์พัชร์ และธนวัลย์ เจริญสุข[9] ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สวัสดิการที่ได้รับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานระดับปฏิบัติการ พบว่า สวัสดิการด้านเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัชชา เหลืองวสุวัฒน์ และคณะ[10] มีการศึกษาความพึงพอใจในสวัสดิการที่ได้รับของพนักงานโรงงาน อำเภอ ท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ไม่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงาน แต่ความพึงพอใจในสวัสดิการด้านเศรษฐกิจ สวัสดิการด้านความมั่นคงปลอดภัย ด้านสวัสดิการสุขภาพ และด้านสวัสดิการนันทนาการ ส่งผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน โดยที่การรับรู้เกี่ยวกับ สวัสดิการที่ได้รับของพนักงานโรงงาน สวัสดิการด้านเศรษฐกิจ มีระดับมากที่สุด

ความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านการศึกษาที่ต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจต่อสวัสดิการด้านการศึกษาส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร เนื่องจากการศึกษาเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญทำให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ต่อยอดและนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ซึ่งหน่วยงานภาครัฐได้เปิดโอกาสให้บุคลากรได้ศึกษาต่อทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ การที่บุคลากรได้รับโอกาสในการไปศึกษาต่อแล้วนำความรู้มาปรับใช้ในการทำงาน จะทำให้เป็นการส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความผูกพันต่อองค์กรและต้องการพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ วรรณวิไล หุยประเสริฐ[8] ศึกษาเรื่องความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานส่วนปฏิบัติการสถานี บริษัท ระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) พบว่า ความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านการศึกษาไม่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก พนักงานบริษัทอาจรู้สึกว่าการปฏิบัติงานในทุกวันมีความเหนื่อยล้าเพียงพอแล้ว ซึ่งหากองค์กรมีการจัดฝึกอบรมทั้งภายในและภายนอกองค์กรที่มากเกินไป

ย่อมทำให้เกิดความเบื่อหน่ายมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ความพึงพอใจในสวัสดิการด้านการศึกษาไม่ส่งผลต่อความผูกพันองค์กร

ความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านนันทนาการที่ต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านนันทนาการส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร ทั้งนี้เนื่องจาก บุคลากรที่ตอบแบบสอบถามอาจรู้สึกว่า การจัดสวัสดิการด้านนันทนาการเป็นการช่วยให้บุคลากรในองค์กรได้ผ่อนคลาย ลดความตึงเครียดจากการปฏิบัติงาน เช่น การจัดกิจกรรม OD นอกสถานที่ การจัดงานเลี้ยงงานสังสรรค์ในเทศกาลต่าง ๆ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ เป็นต้น การมีมุมพักผ่อน มีห้องสมุด มีห้องสำหรับออกกำลังกาย ล้วนแต่เป็นสวัสดิการด้านนันทนาการที่สร้างความผูกพันต่อองค์กร ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ความพึงพอใจในสวัสดิการด้านนันทนาการส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สอดคล้องกับการศึกษาของ เดชา เดชะวัฒนไพศาล[11] ผลการศึกษาพบว่า สวัสดิการด้านนันทนาการ เช่น องค์กรอาจจัดให้มีอุปกรณ์กีฬาภายในองค์กร การจัดสถานที่สำหรับการทำกิจกรรมนันทนาการ เพื่อให้พนักงานได้ผ่อนคลายจากความเครียด และยังเป็นการสร้างสัมพันธ์อันดี สร้างความเป็นกันเองระหว่างพนักงานและผู้บริหารอีกทางหนึ่งด้วย

ความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านวันหยุดที่ต่างกันส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ความพึงพอใจที่มีต่อสวัสดิการด้านวันหยุดส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร ทั้งนี้อาจเป็นเพราะบุคลากรที่ตอบแบบสอบถามรู้สึกว่า การที่องค์กรมีสวัสดิการด้านวันหยุดไม่ว่าจะเป็นการลาพักผ่อน ลากิจ ลาป่วย ลาอุปสมบท ลาคลอดบุตร ลาฝึกอบรม รวมทั้งลากิจพิเศษ เช่น ลาไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ล้วนเป็นสิ่งที่บุคลากรมีความพึงพอใจและปรารถนา หากองค์กรได้ให้ความสำคัญกับส่วนนี้ จะเป็นการสร้างความผูกพันต่อองค์กรให้กับบุคลากรมากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ความพึงพอใจในสวัสดิการด้านวันหยุดส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กร สอดคล้องกับการศึกษาของ เดชา เดชะวัฒนไพศาล[11] ที่อธิบายว่า สวัสดิการด้านวันหยุด เพื่อให้พนักงานได้ใช้สิทธิตามกฎหมาย เป็นสิ่งจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานมีขวัญและกำลังใจ เพื่อจะได้ใช้กำลังกาย กำลังใจ และสติปัญญา ความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ทำให้มีความพึงพอใจในงาน มีความรักงานและตั้งใจที่จะทำงานนั้นให้นานที่สุด

**สมมติฐานการวิจัยที่ 3** ความพึงพอใจในสวัสดิการ 5 ด้านที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง จากผลการศึกษา พบว่าสวัสดิการด้านการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากร สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง อย่างมีระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่าการที่สวัสดิการด้านการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง เพราะบุคลากรที่ได้รับโอกาสให้ไปศึกษาต่อจะเห็นประโยชน์และความสำคัญของการศึกษาและการนำเอาองค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษามาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดความความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง แต่พบว่า แตกต่าง

จากผลการศึกษาของ วรรณวิไล หุยประเสริฐ[8] ได้ศึกษาความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานส่วนปฏิบัติการสถานี บริษัทระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจในสวัสดิการด้านการศึกษาไม่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานส่วนปฏิบัติการสถานีบริษัทระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) เนื่องมาจากพนักงานอาจมีความรู้สึกว่าการปฏิบัติงานในทุกวันก็มีความเหนื่อยล้าเพียงพอแล้ว หากองค์กรมีการฝึกอบรมทั้งภายในหรือภายนอกองค์กรมากเกินไปอาจจะทำให้พนักงานเกิดความเบื่อหน่ายมากยิ่งขึ้น และพนักงานอาจจะให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านอื่น ๆ ของสวัสดิการมากกว่า เช่น ด้านนันทนาการ หรือด้านวันหยุด เป็นต้น

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

1) องค์กรนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้โดยจัดสวัสดิการให้ครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการศึกษา ด้านนันทนาการ และด้านวันหยุด เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเกิดความผูกพันต่อองค์กรเพิ่มมากขึ้น

2) องค์กรควรส่งเสริมสวัสดิการด้านการศึกษา มีศึกษาดูงาน หรือ อบรมภายนอกเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

3) องค์กรควรจัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพ สร้างรายได้ ส่งเสริมสวัสดิการด้านเศรษฐกิจ ตลาดนัดสุขภาพรายเดือน สินค้าราคาถูก แนะนำสินเชื่อ ดอกเบี้ยต่ำ การผ่อนชำระหนี้สินครัวเรือนพิเศษต่าง ๆ สำหรับบุคลากรที่มีความจำเป็น สินเชื่อ ต่าง ๆ เป็นต้น

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

1) ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความผูกพันองค์กร เช่น คุณภาพชีวิตในการทำงาน รูปแบบองค์กร ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยค้ำจุน ต่าง ๆ ที่มีผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรในองค์กร

2) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันขององค์กรโดยแท้จริงเพื่อให้เกิดการแก้ไข สนับสนุน และพัฒนานำไปสู่ การสร้างความผูกพันต่อองค์กรอย่างยั่งยืน

3) ควรศึกษาปัจจัยสภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงานและปัจจัยการทำงานเป็นทีมที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุการลาออก หรือย้ายงานของบุคลากรได้

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระเรื่องนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผศ.ดร.สุทธาวรรณ จีระพันธุ ซาโต้ อาจารย์ที่ปรึกษา และคณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการการจัดการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ที่ได้ให้ความกรุณาแนะนำ ตรวจและแก้ไขเนื้อหา และขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลและช่วยเหลือในการทำการศึกษาค้นคว้าอิสระตลอดการศึกษา

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. มาตรการบริหารจัดการกำลังคนภาครัฐ (พ.ศ. 2566-2570) และแนวทางปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานเลขาธิการ สำนักงาน ก.พ.; 2566.
2. Maslow AH. Human needs theory: Maslow's hierarchy of human needs. In Craven RF, Hirnle CJ, editors. Fundamental of Nursing: Human Health and Function. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
3. ชัชวาล เรืองประพันธ์. สถิติพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2539.
4. สุวิมล ติรกานันท์. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ แนวทางสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
5. กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์. ตำราในการวิจัยเชิงสำรวจในงานสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โนเบิ้ลพริ้น จำกัด; 2561.
6. ประภัทสรณ์ ชำนาญเวช, ฐิติยา นามทอง, ปรีดา สุระเสียง, พัสกร อาวรณ์, สงกรานต์ ท่าทราย, ภิญญาพัชญ์ นาคภิบาล. ปัจจัยลักษณะงานและปัจจัยประสบการทำงานที่ส่งผลต่อความผูกพันของพนักงาน บริษัท เอฟ-เทค เอ็มเอฟจี (ไทยแลนด์) จำกัด (สำนักงานใหญ่). วิทยาลัยการจัดการ วไลยอลงกรณ์ ปริทัศน์. 2564;2(1):18-34.
7. ชวนชม พ่วงตระกูล, ภิเษก ชัยนิรันดร์. ปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพันองค์กรของข้าราชการและลูกจ้าง สำนักตรวจเงินแผ่นดินภาค 7 (จังหวัดขอนแก่น). วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. 2559;11(37):23-32.
8. วรรณวิไล หุยประเสริฐ. ความพึงพอใจในสวัสดิการที่ส่งผลต่อความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานส่วนปฏิบัติการสถานนี บริษัท ระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) [สารนิพนธ์หลักสูตรปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต วิทยาลัยการจัดการ]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
9. ณฐาพัชร์ วรพงศ์พัชร์, ธนวัลย์ เจริญสุข. ความพึงพอใจของพนักงานที่มีต่อสวัสดิการของบริษัท GGG จำกัด (มหาชน). วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2566;49(1):103-14.
10. ณัฐชา เหลืองวสุวัฒน์, ฐิดาทิพ ปานโรจน์, ธนินท์รัฐ รัตนพงศ์ภิญโญ. การศึกษาความพึงพอใจในสวัสดิการที่ได้รับของพนักงานโรงงาน อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. การประชุมสัมมนาวิชาการระดับชาติและนานาชาติมหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตขอนแก่น ร่วมกับสมาคมพัฒนาวิชาชีพการบริหารการศึกษาแห่งประเทศไทย และมหาวิทยาลัยในเครือฯ. 2556 ครั้งที่ 1, 4 กุมภาพันธ์ 2566: 1393-403.
11. เดชา เดชะวัฒนโพศาล. การจัดการทรัพยากรบุคคล พื้นฐานแนวคิดเพื่อการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.

# ผลของนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง “อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์” เพื่อส่งเสริมความรู้ เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกสำหรับนักเรียนประถมศึกษา

**อนุวัฒน์ สุรินราช[*], จิราภรณ์ จำปาจันทร์[**a]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนานวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก 2) เปรียบเทียบความรู้ของการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และ 3) ศึกษาความพึงพอใจของนักเรียนต่อนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนระดับประถมศึกษาในอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร จำนวน 68 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 34 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติ เก็บรวบรวมโดยใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed rank test และ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มทดลองหลังได้รับการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่าก่อนได้รับนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) 2) ค่าเฉลี่ยของความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มทดลองหลังได้รับการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และ 3) นักเรียนมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=2.91, SD=0.29)

**คำสำคัญ**: นวัตกรรมสื่อนิทาน; การป้องกันโรคไข้เลือดออก; นักเรียนระดับประถมศึกษา

[*] อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

[**] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

[a] Corresponding author: จิราภรณ์ จำปาจันทร์ Email: jjumpajan@snru.ac.th

***รับบทความ: 30 พ.ย. 67; รับบทความแก้ไข: 13 ธ.ค. 67; ตอบรับตีพิมพ์: 13 ธ.ค. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 10 ก.พ. 68***

# The Effect of Using the Innovative Storytelling "The Knight's Conquest in Dengue Land" on Enhancing Dengue Fever Knowledge Among Primary School Students

**Anuwat Surinrach[*], Jiraporn Jumpajan[**a]**

## Abstract

The purposes of this quasi-experimental research were to: 1) develop the innovative storytelling “the Knight's Conquest in Dengue Land” as a tool for preventing dengue fever, 2) compare the knowledge of using innovative storytelling “the Knight's Conquest in Dengue Land” in the prevention of dengue fever between the experimental and comparison groups, and 3) study students’ satisfaction with the innovative storytelling “the Knight's Conquest in Dengue Land” in preventing dengue fever. Samples were divided into two groups, 34 persons for the experimental group and 34 persons for the comparison group. The experimental group received innovative storytelling “the Knight's Conquest in Dengue Land” for dengue fever prevention for 4 weeks, while the comparison group received teaching and learning according to the regular curriculum. The data were collected using tools developed by the researchers. The data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, Wilcoxon Signed Rank tests, and Mann-Whitney U tests.

The results showed that 1) the average knowledge of dengue prevention in the experimental group after receiving innovative storytelling “the Knight's Conquest in Dengue Land” in the prevention of dengue fever were significantly higher than before receiving the program ($p<0.05$). 2) the average scores of dengue prevention knowledge in the experimental group after receiving the innovative storytelling “the Knight's Conquest in Dengue Land” in the prevention of dengue fever were significantly higher than those from the comparison group ($p<0.05$), and 3) students’ overall satisfaction with the storybook was at a high level ($\bar{X}$=2.91, SD=0.29).

**Keywords:** Innovative storytelling; Dengue fever prevention; Primary school students

[*] Lecturer in Health Science Program, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

[**] Assistant Professor in Health Science Program, Faculty of Science and Technology, Sakon Nakhon Rajabhat University

[a] Corresponding author: Jiraporn Jumpajan Email: jjumpajan@snru.ac.th

***Received: Nov. 30, 24; Revised: Dec. 13, 24; Accepted: Dec. 13, 24; Published Online: Feb. 10, 25***

## บทนำ

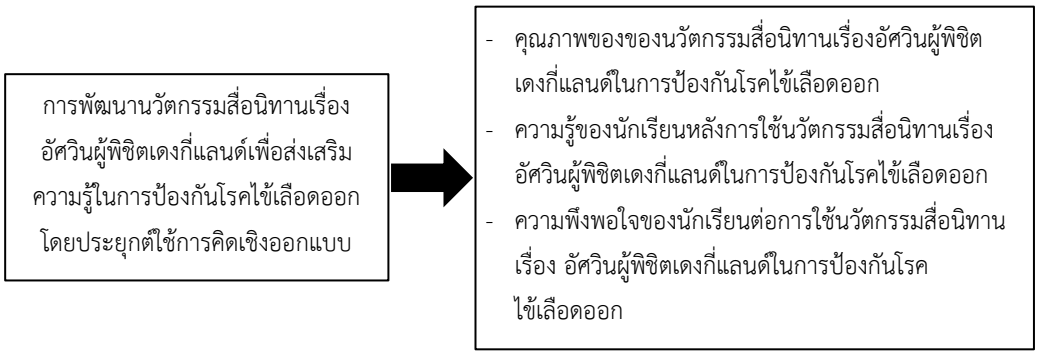
โรคไข้เลือดออก (Dengue Fever: DF) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี่ (Dengue virus) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า โรคไข้เลือดออกเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพที่สำคัญโดยเฉพาะในเขตร้อนและกึ่งเขตร้อน โดยพบว่าประชากรประมาณครึ่งหนึ่งของโลกมีการติดเชื้อประมาณ 100-400 ล้านคนต่อปี[1] กรมควบคุมโรคได้รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ. 2566 (1 ม.ค.-1 มี.ค. 66) พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 6,156 ราย เสียชีวิต 4 ราย โดยกลุ่มอายุที่อัตราป่วยพบมากที่สุด 3 อันดับ คือ 5-14 ปี 15-24 ปี และ 0-4 ปี คิดเป็น ร้อยละ 27.81, 16.39 และ 12.76 ตามลำดับ อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเป็น 1 ต่อ 1.10 โดยพื้นที่ที่พบอัตราป่วยสูงสุดได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาคใต้ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 23.84, 16.33, 14.07, 4.60 และ1.51 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน ในปี 2566 เมื่อเทียบกับปี 2565 พบว่า ในเดือนมกราคมมีผู้ป่วยมากกว่าปีที่แล้ว 6.6 เท่า การพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพคาดว่าในช่วงนี้มีแนวโน้มพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น[2] สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดสกลนคร พบรายงานผู้ป่วยจำนวน 318 ราย อัตราป่วย 27.77 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต พบผู้ป่วยมากที่สุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปีรองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5-9 ปี 15-24 ปี และ 0-4 ปี ตามลำดับ[3] โดยอาการของโรคไข้เลือดออกจะมีตั้งแต่อาการเล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง จนถึงเสียชีวิต ซึ่งมีรูปแบบเป็นช่วงที่มีไข้ (Febrile) วิกฤต (Critical) และระยะหาย (Convalescent) โดยไข้จะเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน ลักษณะเป็นไข้สูงลอย ประมาณ 2 ถึง 7 วัน ร่วมกับอาการ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดข้อ ปวดกระดูก ปวดกระบอกตา คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง มีผื่นแดง เนื่องจากโรคนี้ทำให้เกล็ดเลือดในร่างกายลดต่ำ ดังนั้นจะทำให้มีเลือดออกได้ง่าย เช่น เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล อาจพบคอแดงและหน้าแดง ในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยรายที่มีแนวโน้มจะเข้าสู่อาการวิกฤต ช่วงที่ไข้ลง จะยังมีอาการอาเจียน ปวดท้อง หายใจลำบาก มีอาการช็อก ความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น และเกล็ดเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว[4] สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในจังหวัดสกลนครยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ถึงแม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะดำเนินการตามมาตรการควบคุมการระบาดทั้งก่อนและหลังการระบาดตลอดจนการมีมาตรการเสริม เช่น การพ่นสารเคมีควบคุมยุงพาหะเพื่อตัดวงจรการแพร่เชื้อในชุมชนทันทีเมื่อมีรายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกในหมู่บ้าน แต่ยังไม่สามารถควบคุมการระบาดได้[5] ดังนั้นการป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยตนเองจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ และเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดการแพร่ระบาดของโรค

ในปัจจุบันหน่วยงานด้านสาธารณสุขมีการประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ในหลากหลายรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตามสื่อที่พัฒนาขึ้นสำหรับกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษาซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงยังมีน้อย อีกทั้งสื่อที่มีอยู่ ได้แก่ สื่อเอกสาร โปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือและสปอตโฆษณา มีเนื้อหาที่ละเอียดและค่อนข้างยาว ส่งผลให้การทำความเข้าใจและจดจำได้ยากไม่เหมาะสำหรับเด็กวัยประถมศึกษา[6] เนื่องจากเด็กในวัยดังกล่าวนั้นเป็นวัยที่มีความสนุกสนานเกิดการเรียนรู้ เด็กชอบอ่าน เขียนเรียนรู้ร่วมกับการใช้จินตนาการ การใช้ความคิดสร้างสรรค์จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ด้วยดี อีกทั้งสื่อสังคมออนไลน์ได้เข้ามามีอิทธิพลในชีวิตประจำวันของเด็กซึ่งส่งผลต่อความจำ

สมาธิ การวางแผนและการตัดสินใจ และส่งผลถึงสติปัญญาตามลำดับ[7] ดังนั้นการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกให้กับกลุ่มนักเรียนระดับประถมศึกษา ผ่านสื่อประเภทนิทานจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการเรียนรู้ของเด็กในการนำไปประยุกต์ใช้ เป็นแนวทางในการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออกโดยสื่อนิทานที่พัฒนาขึ้นนั้นจะครอบคลุม 1) ความสัมพันธ์กับเนื้อหาและจุดมุ่งหมายที่จะถ่ายทอดไปยังกลุ่มเป้าหมาย 2) สื่อต้องเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย วัย ระดับ การศึกษา และสภาพท้องถิ่น 3) สื่อต้องราคาไม่แพงจนเกินไปและคุ้มค่า และ 4) เลือกสื่อที่กลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจ[8] จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า สื่อที่ทำให้นักเรียนมีความสุข สนุกกับการเรียนจะเป็นสื่อการ์ตูน โทรทัศน์และนิทาน โดยสื่อนิทานเป็นสื่อที่มีความสำคัญในการช่วยปลูกฝังให้นักเรียนได้เรียนรู้วิธีการป้องกันตนเองจากโรคไข้เลือดออก จากผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า นักเรียนมีความพึงพอใจต่อสื่อนิทานให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปบอกต่อกับเพื่อนคนอื่นและคนในครอบครัว ดังนั้นในการพัฒนาสื่อควรเน้นสื่อที่มีความเหมาะสมสำหรับเด็กมากที่สุด[9]

จากความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาสื่อสุขภาพประเภทนวัตกรรมสื่อนิทานที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจึงได้นำมาตรการ 3 เก็บป้องกัน 3 โรค ได้แก่ เก็บบ้าน หรือโรงเรียน ให้สะอาดไม่ให้ยุงลายเข้ามาเกาะพัก เก็บภาชนะที่มีน้ำขังเพื่อป้องกันยุงลายไปวางไข่ เก็บขยะภายในบริเวณบ้านหรือโรงเรียนให้เรียบร้อย ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เป็นเนื้อหาหลักในการดำเนินเรื่อง โดยมีจุดมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อใช้เป็นแนวทางให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกให้แก่เด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งเป็นวัยที่กำลังเรียนรู้และพร้อมรับกับสิ่งใหม่ อีกทั้งยังมีบทบาทหน้าที่ในการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพให้กับเพื่อนนักเรียนในกลุ่มต่าง ๆ ตลอดจนการเผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการป้องกันโรคติดต่อสู่ชุมชนและยังเป็นการประสานความร่วมมือกับชุมชน

**กรอบแนวคิดการวิจัย**




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1) เพื่อพัฒนานวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักเรียนต่อนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

**สมมติฐานการวิจัย**

1) นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

2) หลังได้รับการสอนด้วยนวัตกรรมสื่อนิทานส่งเสริมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์แล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest comparison group design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน ได้รับนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 34 คน ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติ การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการวัดผลก่อนและหลังการทดลองในทั้งสองกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ นักเรียนระดับประถมศึกษาในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร จำนวน 181 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษา กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: difference between two dependent means (Match paired) เลือก One tail กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size)=0.5[10] ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=0.05 และค่า Power=0.85 ได้กลุ่มตัวอย่าง 68 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 34 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 34 คน โดยมีเกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ ดังนี้ 1) นักเรียนระดับประถมศึกษาในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 2) นักเรียนกำลังศึกษาในปีการศึกษา 2567 3) นักเรียนที่มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ และไม่จัดอยู่ในกลุ่มเด็กพิเศษ และ 4) เป็นนักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ส่วนเกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ ได้แก่ 1) นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่อาจทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และ 2) นักเรียนที่ไม่มีความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลในการเข้าร่วมงานวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ และระดับชั้น

**ส่วนที่ 2** แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จำนวน 10 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การป้องกันโรคไข้เลือดออกตามหลัก 3 เก็บป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะของข้อคำถามแบบปรนัย 3 ตัวเลือกโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน โดยผู้วิจัยจัดระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยใช้เกณฑ์ของ Bloom[11] เป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 10 คะแนน (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับสูง คะแนนระหว่าง 7-9 คะแนน (ร้อยละ 60-79) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่า 6 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60) หมายถึง ความรู้อยู่ในระดับต่ำ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความพึงพอใจต่อนวัตกรรมนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ความพึงพอใจมาก ปานกลาง และน้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ความพึงพอใจระดับมาก (3 คะแนน) ความพึงพอใจระดับปานกลาง (2 คะแนน) และความพึงพอใจระดับน้อย (1 คะแนน) โดยมีเกณฑการจัดระดับความพึงพอใจออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best[12] และแปลผลคะแนนรวมของความพึงพอใจ มีดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 2.35-3.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.34 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.67 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับน้อย

**การสร้างเครื่องมือการวิจัย**

**ส่วนที่ 1 การพัฒนานวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก** โดยประยุกต์ใช้การคิดเชิงออกแบบ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การทำความเข้าใจปัญหา (Empathize) ผู้วิจัยศึกษาปัญหาและข้อจำกัดเกี่ยวกับการใช้สื่อในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่มีอยู่ในปัจจุบันจากนักเรียนและครูผู้สอนในระดับชั้นประถมศึกษา ผ่านการสอบถาม สัมภาษณ์ ตลอดจนการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของนักเรียนและครูผู้สอน ขั้นที่ 2 การกำหนดปัญหาให้ชัดเจน (Define) ผู้วิจัยพบประเด็นปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการใช้สื่อที่มีอยู่เดิมได้แก่ นักเรียนมีปัญหาในการอ่านและเขียนภาษาไทย ขาดอุปกรณ์สื่อสารในการเข้าถึงสื่อในรูปแบบต่าง ๆ ครูประจำชั้นต้องการสื่อที่มีเนื้อหาเข้าใจง่าย น่าสนใจ มีภาพสีสันสวยงาม และมีเสียงประกอบ ขั้นที่ 3 การระดมความคิด (Ideate) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาสื่อสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการสร้างสื่อและการใช้งานจริง และ ขั้นที่ 4 การสร้างต้นแบบ (Prototype) ผู้วิจัยพัฒนานวัตกรรมสื่อนิทาน “อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์” โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกตามหลัก 3 เก็บ ป้องกัน 3 โรค ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่มีเนื้อหาชวนติดตาม เข้าใจง่าย และมีภาพที่มีสีสันสวยงามดึงดูดความสนใจของผู้เรียน

**ส่วนที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัย โดยผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทำการออกแบบและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องตรวจสอบความเหมาะสมและความชัดเจนของเครื่องมือและประเมินความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย**

ผู้วิจัยนำวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยที่พัฒนาขึ้นไปวิเคราะห์ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน และครูประจำชั้นระดับประถมศึกษา 2 ท่าน ซึ่งได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 หมายถึง เครื่องมือมีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทดลองเก็บข้อมูลกับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.99 แสดงถึง เครื่องมือมีความเชื่อมั่นสูงและพร้อมนำไปใช้จริง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ส่งไปยังโรงเรียนในเขตอำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร จากนั้นผู้วิจัยติดต่อไปยังครูประจำชั้นของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำนวัตกรรมสื่อนิทานอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกให้คุณครูผู้รับผิดชอบในชั้นเรียนของกลุ่มตัวอย่างก่อนลงเก็บข้อมูลจริง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แจกแบบทดสอบความรู้ก่อนเรียน และใช้นวัตกรรมสื่อนิทานอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์เพื่อบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับวิธีป้องกันโรคไข้เลือดออกให้แก่นักเรียน โดยเน้นการมีส่วนร่วมจากผู้เรียนผ่านการตั้งคำถาม เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและวิธีป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถทำได้ด้วยวิธีใดบ้าง สัปดาห์ที่ 2-3 ครูประจำชั้นดำเนินการสอนต่อเนื่องด้วยนวัตกรรมสื่อนิทานอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 และแจกแบบทดสอบความรู้หลังเรียน และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบและแบบสอบถามมาพิจารณาและตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

โดยการใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้ Mann-Whitney U test

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

**กระบวนการขอความยินยอม**

1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการวิจัยและเหตุผลที่ต้องการการเข้าร่วมจากกลุ่มตัวอย่าง

2) ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการทั้งหมดที่จะเกิดขึ้นในโครงการวิจัย เช่น การเก็บข้อมูลในการวิจัย รวมถึงความเสี่ยงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้

3) ผู้วิจัยแจ้งสิทธิ์และความยินยอมของผู้ปกครองในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

4) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ซักถามถึงรายละเอียดต่าง ๆ ในโครงการ รวมถึงความกังวลและคำถามที่อาจมี เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ปกครองเข้าใจทุกขั้นตอนและไม่มีข้อสงสัย

5) ผู้วิจัยอธิบายถึงนโยบายการเก็บรักษาข้อมูล ความเป็นส่วนตัว และการเข้าถึงข้อมูลที่เก็บได้ โดยให้ความมั่นใจกับผู้ปกครองว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลอย่างดีตามมาตรฐานจริยธรรม โดยมีการระบุชัดเจนว่าจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่ได้รับการยินยอม

6) ผู้วิจัยจัดเตรียมแบบฟอร์มขอความยินยอมเป็นเอกสารที่เขียนอย่างชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย

7) ผู้ปกครองจะทำการเซ็นเอกสารการยินยอมหลังจากเข้าใจข้อมูลทั้งหมดและยินดีที่จะให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในโครงการและลงนามยินยอมนี้เป็นหลักฐานยืนยันว่าผู้ปกครองได้เข้าใจและยินดีให้การอนุญาต

**การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร**

งานวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เลขที่ HE-67-052 ลงวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2567

## ผลการวิจัย

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 1** พัฒนาของนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

**ภาพที่ 2** ตัวอย่างของนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.96 ซึ่งหมายความว่า นวัตกรรมสื่อที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพสามารถนำไปใช้ได้

**วัตถุประสงค์ข้อที่ 2** เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังทดลอง

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=68)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 36 | 52.94 |
| หญิง | 32 | 47.06 |
| **อายุ (ปี)** | | |
| 10 | 13 | 19.12 |
| 12 | 55 | 80.88 |
| **ระดับชั้น** | | |
| ประถมศึกษาปีที่ 4 | 13 | 19.12 |
| ประถมศึกษาปีที่ 6 | 55 | 80.88 |

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.94 ส่วนใหญ่อายุ 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 80.88 และกำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 80.88

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test (n=34)

| คะแนนความรู้การป้องกันโรคไข้เลือดออก | $\bar{x}$ | SD | Z | Asymp. Sig. (2-tailed) |
|---|---|---|---|---|
| ก่อนทดลอง | 6.56 | 1.83 | -4.211[b] | 0.000[*] |
| หลังการทดลอง | 7.62 | 1.37 | | |

[*]Wilcoxon signed-rank test

[b]Based on Negative Ranks = ความรู้หลังการทดลอง > ความรู้ก่อนการทดลอง

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test พบว่าระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนการทดลองและหลังการทดลองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-test

| คะแนนความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก | Mean Rank | Sum of Rank | Mann-Whitney U | Z | Asymp. sig. (2-tailed) |
|---|---|---|---|---|---|
| **ก่อนการทดลอง** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 41.44 | 1409.00 | | -2.93 | 0.003[*] |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 27.56 | 27.56 | 342 | | |
| **หลังการทดลอง** | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 40.50 | 1377.00 | | -2.56 | 0.010[*] |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 28.50 | 969.00 | 374 | | |

[*]Mann-Whitney U-test

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test ก่อนการทดลองความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และเมื่อพิจารณาหลังการทดลอง พบว่าความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิต

เดงกี่แลนด์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 3

**วัตถุประสงค์ที่ 3** เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักเรียนต่อนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

**ตารางที่ 4** ความพึงพอใจของนักเรียนต่อนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n=34)

| รายการ | $\bar{x}$ | SD | ระดับความพึงพอใจ |
|---|---|---|---|
| **1) เนื้อหา** | | | |
| 1.1 เนื้อหามีความน่าสนใจ | 2.91 | 0.29 | มาก |
| 1.2 อธิบายเนื้อหาเข้าใจง่าย | 2.85 | 0.36 | มาก |
| 1.3 สื่อกระตุ้นการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม | 2.88 | 0.33 | มาก |
| **2) การดำเนินเรื่อง** | | | |
| 2.1 มีเนื้อหาที่เข้าง่ายไม่ซับซ้อน | 2.85 | 0.36 | มาก |
| 2.2 ภาพสอดคล้องกับบทเรียน | 2.70 | 0.47 | มาก |
| 2.3 ระยะเวลาของสื่อมีความเหมาะสม | 2.88 | 0.33 | มาก |
| **3) การนำไปใช้** | | | |
| 3.1 สามารถนำความรู้ที่ได้ในชีวิตประจำวัน | 2.88 | 0.33 | มาก |
| 3.2 สื่อช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในบทเรียน | 2.67 | 0.48 | มาก |
| 3.3 เนื้อหาความรู้จากสื่อสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษา | 2.88 | 0.33 | มาก |
| 3.4 นักเรียนมีความพึงพอใจสื่อโดยรวม | 2.91 | 0.29 | มาก |

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของนักเรียนต่อนวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าความพึงพอใจของนักเรียนต่อสื่อสุขภาพประเภทนิทานในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ระดับมากในทุกข้อ

## การอภิปรายผล

นวัตกรรมสื่อนิทานอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้นเป็นไปตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพของผู้ทรงคุณวุฒิโดยค่าความเที่ยงตรง หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 0.99 ซึ่งหมายความว่า เครื่องมือและข้อคำถามมีความเที่ยงตรงสูงสามารถนำไปใช้ได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีการพัฒนานวัตกรรมสื่อนิทานที่ทำให้เกิดความชัดเจน ผู้เรียนเข้าใจง่าย มีกระบวนการที่ถูกต้อง ตลอดจนการตอบสนองและเร้าความสนใจของผู้เรียน มีการพัฒนาสื่อให้มีความเหมาะสมกับเวลา

และจิตวิทยาการเรียนรู้ตามวัยของนักเรียนระดับประถมศึกษา มีการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับเนื้อหาและกิจกรรมการเรียนรู้ มีภาพประกอบที่สวยงามทำให้สื่อมีความน่าสนใจ มีองค์ประกอบที่ครบถ้วนสมบูรณ์และผ่านการตรวจแก้ไขข้อบกพร่องตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งสอดคล้องตามที่ วรางคณา ศิริปโชติ[13] ที่กล่าวว่า ภาพประกอบเป็นหลักฐานที่จะช่วยอธิบายให้เกิดความเข้าใจในเนื้อหาสาระมากขึ้น ทั้งยังเป็นสิ่งช่วยตกแต่งให้หนังสือดูสวยงาม ภาพประกอบเป็นผลงานการสร้างสรรค์มีลักษณะน่าสนใจปลุกเร้าความรู้สึกสามารถโน้มนำความนึกคิดของผู้อ่าน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดอารมณ์ร่วม มีจินตนาการและสนุกกับการอ่าน อีกทั้งดำเนินเรื่องของนวัตกรรมนิทานที่พัฒนาขึ้นมีการดำเนินเรื่องเป็นไปตามทฤษฎีของ Huck[14] ที่กล่าวว่า การวางโครงเรื่องดำเนินเรื่องตั้งแต่ต้นจนจบ โดยวางโครงร่างเรื่องไว้น่าติดตามไม่เบื่อแกนของเรื่องมีจุดเน้นให้ผู้เรียนได้คิด ตัวละครมีลักษณะและพฤติกรรมที่มีความคิดสร้างสรรค์ ตัวละครอยู่ในวัยใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ภาษาและเรื่องต้องเข้าใจง่าย นวัตกรรมนิทานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจึงประกอบด้วย ข้อความ รูปภาพ เพื่อให้ผู้เรียนที่มีความแตกต่างกันทางการเรียนรู้สามารถเข้าใจเนื้อหาที่ถ่ายทอดได้ นอกจากนี้การใช้นวัตกรรมสื่อนิทานมีความเหมาะสมมาก เนื่องจากหนังสือนิทานที่มีเนื้อหาความรู้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย มีภาพประกอบ สีสันสวยงาม ช่วยกระตุ้น ความสนใจให้เด็กและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กได้เป็นอย่างดีครูสามารถนำหนังสือนิทานเป็นสื่อกลาง ในการถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องการป้องกันโรคให้กับเด็ก โดยเพิ่มเทคนิค การเล่านิทานให้มีความน่าสนใจ เพื่อถ่ายทอดความรู้ให้เด็ก ๆ เกิดการเรียนรู้ จดจำและเข้าใจเนื้อหาได้ดีมากยิ่งขึ้น[15]

ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และเมื่อพิจารณาหลังการทดลอง พบว่าความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากการใช้นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา[16] ที่พบว่าสื่อนิทานที่พัฒนาขึ้น มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้เรียนโดยกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยในการทำแบบทดสอบหลังเรียนกว่าก่อนการทดลองเล่านิทานทั้งนี้เนื่องจากสื่อนิทานที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ น่าสนใจส่งผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

ความพึงพอใจของนักเรียนที่มีต่อนัวตกรรมสื่อสื่อนิทานเรื่อง อัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ อยู่ในระดับมากทั้งด้านรูปแบบการนำเสนอ และความพึงพอใจในด้านเนื้อหาการเรียนอยู่ในระดับมาก ซึ่งซึ่งสอดคล้องกับจากผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อหนังสือนิทานเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาอยู่ในระดับมาก ดังนั้นควรมีการนำนิทานประเภทต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาแปลกใหม่ มีรูปภาพสวยงามน่าสนใจที่เหมาะกับวัย เพื่อกระตุ้นให้เด็กมีความสนใจและอยากฟังนิทาน ทำให้ผลการจัดกิจกรรมการเล่านิทานเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ดียิ่งขึ้น[17] นอกจากนี้ นวัตกรรมสื่อนิทานเรื่องอัศวินผู้พิชิตเดงกี่แลนด์ที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้งผู้วิจัยได้มีการการนำภาพการ์ตูนมาเป็นส่วนสำคัญในการเรียนรู้ของนักเรียนและการนำเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกตามหลัก 3 ก. ป้องกันโรคมาเป็นเนื้อหา

หลักในการดำเนินเรื่องด้วยการใช้ภาษาและภาพที่เข้าใจง่าย มีการนำเสนอที่แตกต่างจากหนังสือหรือตำราทั่วไปส่งผลให้ระดับความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายอยู่ในระดับมาก

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

1) การปรับเนื้อหานิทานให้สอดคล้องกับทุกช่วงวัย ควรพัฒนานิทานให้มีความหลากหลายในการเล่าเรื่อง เพื่อตอบสนองความสนใจของเด็กในทุกช่วงวัย เช่น เนื้อหาที่เหมาะสมกับเด็กเล็กและเนื้อหาที่มีความซับซ้อนมากขึ้นสำหรับเด็กโต เพื่อให้เด็กในทุกช่วงอายุสามารถเข้าใจและเชื่อมโยงกับเรื่องราวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การใช้สื่อเสริมประกอบการสอน เช่น ภาพประกอบ วิดีโอสั้น หรือแอนิเมชันของนิทาน เพื่อให้เด็กมีความสนใจและมีส่วนร่วมมากขึ้น และสามารถจดจำเนื้อหาการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ดียิ่งขึ้น สื่อเสริมนี้ยังสามารถช่วยขยายความเข้าใจของเด็กที่มีวิธีการเรียนรู้ต่างกัน

3) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ควรมีการออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเล่านิทานที่บ้าน เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ปกครองสามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ ทำให้เกิดความตระหนักรู้ร่วมกันในครอบครัว

4) การศึกษาผลกระทบในระยะยาว ควรมีการติดตามและประเมินผลของการใช้นิทานในการส่งเสริมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระยะยาว เพื่อดูว่าการใช้สื่อนิทานสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคของเด็กและครอบครัวได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

1) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการเข้าถึง ได้แก่ การพัฒนานิทานในรูปแบบดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันที่สามารถโต้ตอบได้ หรือเกมการศึกษาเพื่อทำให้นิทานมีความน่าสนใจและเข้าถึงเด็กได้มากขึ้น

2) การพัฒนาสื่อโดยการเลือกช่องทางการเผยแพร่หรือพัฒนาเป็นสื่อออนไลน์ในแอพลิเคชันต่าง ๆ และศึกษาการสร้างสื่อความรู้ที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยพื้นฐานสำหรับบุคลากรวิจัย สถาบัน และสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

## เอกสารอ้างอิง

1. Zende AV, Shinde YA, Sonwalkar RR, Parekar PB. A comprehensive review article on dengue fever. South Asian Res J Pharm Sci. 2024;6(3):89-105.
2. กรมควบคุมโรค. พยากรณ์โรคฯ ฉบับที่ 8/2566 [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤศจิกายน 12]. เข้าถึงได้จาก : https://www.hfocus.org/content/2023/03/27198
3. อปท. นิวส์. สกลนคร เตือนระวังภัยใกล้ตัวโรคไข้เลือดออก [อินเตอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤศจิกายน 12]. เข้าถึงได้จาก: https://www.opt-news.com/news/36911

4. กรมควบคุมโรค. ไข้เด็งกี่ (Dengue). 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44
5. อนงค์ บังกระโทก, ตระกูลไทย ฉายแม้น, วิรัลพัชร ดิษฐาพันธ์. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกจังหวัดสกลนครกับความชุกของลูกน้ำยุงลาย สภาพภูมิอากาศและปริมาณน้ำฝน จังหวัดสกลนคร ปี 2562. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13(2):286-98.
6. ศิริกุล อิศรานุรักษ์. พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคมของเด็กวัย 6-12 ปี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2549;4:89-100.
7. นิชาภา พัฒนกูลชัย, สุวรรณา มณีวงศ์, อังธนา จุลสุคนธ์. สื่อสังคมกับสมองของเด็กวัยรุ่น. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2561;12(3),118-23.
8. บรรจง พลไชย, ณัติยา พรหมสาขา ณ สกลนคร. สื่อสำหรับเผยแพร่สารสนเทศสุขภาพ. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. 2561; ฉบับพิเศษ การประชุมวิชาการครบรอบ 25 ปี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม:269-75.
9. นุชรี เอกศิลป์, พุทธวรรณ ชูเชิด. ผลการใช้นิทานเป็นสื่อการสอนเพื่อพัฒนาความรู้และเจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนในระดับประถมศึกษา. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2559;12(1):37-51.
10. Cohen, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Bloom BS. Taxonomy of Education Objective, Hand Book 1: Cognitive domain. 2nd ed. Boston, MA: Addison-Wesley Longman; 1984.
12. Best JW, Kahn JV. Research in Education. 10th ed. Philadelphia, PA: Pearson, 2005.
13. วรางคณา ศิริปโชติ. การศึกษาวิเคราะห์ภาพประกอบหนังสือประเภทบันเทิงคดีสำหรับเด็กอายุระหว่าง 6-11 ปี ที่ชนะการประกวดตั้งแต่ พ.ศ. 2515-พ.ศ. 2541. [วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2542.
14. Huck CS. Children's Literature in the Elementary School. 8th ed. Columbus, OH: Mcgraw-Hill College; 2003.
15. ศุภรดา มณฑาทิพย์. การศึกษาความพึงพอใจของครูต่อหนังสือนิทานให้ความรู้เรื่องโรคมือ เท้า ปาก สำหรับศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี อ่างทอง และลพบุรี ปี 2561 [อินเตอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 14]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1204520220622042827.pdf
16. อาอีเซ๊าะ อุเซ็ง, มูหามัดสุใหมี เฮงยามา, อับดุลรอแม สุหลง. ผลของการใช้นิทานเรื่องสั้นที่มีต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน สาระการเรียนรู้ อัลหะดีษ สำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาชั้นปีที่ 3. วารสาร อัล-ฮิกมะฮฺ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี. 2564;11(22),153-64.
17. สรวีย์ พวงเดชานนท์. ผลการใช้หนังสือนิทานร้อยกรองเพื่อส่งเสริมพัฒนาการทางภาษาของเด็กปฐมวัยชั้นอนุบาลปีที่ 2. [วิทยานิพนธ์ครุศาตรมหาบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการจัดการเรียนรู้]. บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; 2559.

# ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในจังหวัดอุบลราชธานี

**เพ็ญศรี จิตต์จันทร์[*], ณัฐนวียา จิตต์จันทร์[**]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองชนิดแบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือสตรีในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 115 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และแบบประเมินประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของแบนดูรา คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม หลังการทดลอง ($\bar{X}$=18.67, SD=0.88) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$=13.36, SD=1.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t=52.25) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลอง ($\bar{X}$=28.86, SD=0.90) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$=13.03, SD=3.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t=48.35 )

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสมรรถนะให้สตรีมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยการคัดกรองมะเร็งเต้านมเบื้องต้นด้วยตนเอง และช่วยลดความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตได้

**คำสำคัญ:** สมรรถนะแห่งตน; มะเร็งเต้านม; การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

[*] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

[**] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

[a] Corresponding author: เพ็ญศรี จิตต์จันทร์ Email: pensri1444@hotmail.co.th

***รับบทความ: 27 พ.ย. 67; รับบทความแก้ไข: 19 ธ.ค. 67; ตอบรับตีพิมพ์: 19 ธ.ค. 67; ตีพิมพ์ออนไลน์: 19 ก.พ. 68***

# The Effect of Self-efficacy Promotion Program on Breast Cancer Knowledge and Breast Self-examination Behavior of Woman in Ubon Ratchathani Province

**Pensri Jitchan[*a], Nutnaveeya Jitjunr[**]**

## Abstract

The objective of this quasi-experimental study with one-group pretest-posttest design was to examine the effects of self-efficacy promotion program on breast cancer knowledge and breast self-examination behavior among women in Ubon Ratchathani province. Samples were 115 women resided in Ubon Ratchathani province. Instruments were 1) instrument for data collection that included a questionnaire on personal data, a breast cancer knowledge assessment form, and a breast self-examination behavior assessment form and 2) the program that improved self-efficacy based on Bandura's concepts and a handbook on breast cancer and breast self-examination. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, paired sample t-test.

Results showed that, the samples' mean knowledge scores, after attending the program ($\bar{X}$=18.67, SD=0.88), were significantly higher than before attending the program ($\bar{X}$=13.36, SD=1.39) at p=0.001 (t=52.25), and their breast self-examination behavior mean scores after attending the program ($\bar{X}$=28.86, SD=0.90) were also significantly higher than before attending the program ($\bar{X}$=13.03, SD=3.96) at p=0.001 (t=48.35).

Results from the study can be used as a guideline for promoting both knowledge and abilities of correct and regular breast self-examination which will help women in early detection and will reduce the severity and mortality of breast cancer

**Keywords:** Self-efficacy; Breast cancer; Breast self-examination

[*] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

[**] Registered Nurse, Dong Saen Suk Sub-district Health Promoting Hospital,
Ubon Ratchathani Mueang District, Ubon Ratchathani Province

[a] Corresponding author: Pensri Jitchan Email: pensri1444@hotmail.co.th

***Received: Nov. 27, 24; Revised: Dec. 19, 24; Accepted: Dec. 19, 24; Published Online: Feb. 19, 25***

## บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาสำคัญของสตรีทั่วโลกและสตรีไทย จากสถิติมะเร็งเต้านมทั่วโลกในปี พ.ศ.2565 มีผู้ป่วยใหม่ 2.3 ล้านคน และเสียชีวิต 670,000 ราย ซึ่งจะพบมากในประเทศฝั่งตะวันตกมากกว่าเอเชีย[1] สำหรับประเทศไทย ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา อัตราป่วยด้วยมะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดในสตรี อัตราป่วยในปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 166, 174 และ 175 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ[2] ข้อมูลโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2565 พบการเกิดโรคมะเร็งเต้านมกับสตรีในช่วงอายุ 20-90 ปี โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 50-55 ปี และมีการแยกตามระยะของโรค พบว่ามีผู้ป่วยระยะที่ 2 มากที่สุดถึงร้อยละ 25.4 รองลงมาคือไม่ทราบระยะ (ร้อยละ 24.3) ระยะที่ 4 (ร้อยละ 20.7) ระยะที่ 3 (ร้อยละ 20.4) และระยะที่ 1 (ร้อยละ 9.2) จะเห็นว่าอัตราการเป็นมะเร็งเต้านมและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมะเร็งเต้านมมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งตับท่อน้ำดีในตับ และหลอดลมคอหรือปอด คิดเป็น 18.7, 12.2 และ 9.7 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากรายงานการพบมะเร็งเต้านมในจังหวัดอุบลราชธานี จำแนกตามช่วงอายุพบว่า อายุ 15-39 ปี พบ 45 ราย อายุ 40-49 พบ 162 ราย อายุ 50-59 ปี พบ 377 ราย และอายุ 60 ปีขึ้นไป พบ 478 ราย[3] จะเห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมจะพบเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงเป็นปัญหาที่สำคัญของเพศหญิงในจังหวัดอุบลราชธานี ที่ต้องได้รับการดูแลและแก้ไข

สาเหตุของมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัดแต่มีสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมของการเกิดมะเร็งเต้านมมีหลายประการ ซึ่งอาจมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ อายุ เศรษฐกิจ พันธุกรรม ประวัติมะเร็งในครอบครัว การมีบุตรและการตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมสุขภาพก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ ภาวะอ้วน ความเครียดเรื้อรัง พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง รวมถึงการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[4] การป้องกันมะเร็งเต้านมคือลดปัจจัยเสี่ยงและดูแลสุขภาพเต้านมของตนเอง ซึ่งวิธีการดูแลสุขภาพเต้านมของตนเองคือ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง การตรวจโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ และการถ่ายภาพรังสีเต้านม ซึ่งวิธีการตรวจโดยแพทย์ต้องมีระบบนัดหมาย และการถ่ายภาพรังสีเต้านมต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจ ต้องนัดหมายและมีค่าใช้จ่ายในการตรวจ ดังนั้นการคัดกรองมะเร็งเบื้องต้น โดยการตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สตรีตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปต้องทำได้ การส่งเสริมให้สตรีมีสมรรถนะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกัน ลดความรุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิตได้จากมะเร็งเต้านมได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สตรีมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมค่อนข้างน้อย[5] และการตรวจเต้านมด้วยตนเองยังทำได้น้อยแม้ว่าจะมีการรณรงค์จากสื่อ หรือช่องทางต่าง ๆ การที่สตรีไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองมีสาเหตุหลายประการ เช่น ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง จากการศึกษาพบว่า สตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน เพียงร้อยละ 4.99 สาเหตุที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง เนื่องจากคิดว่าไม่จำเป็นต้องตรวจทุกเดือน ไม่แน่ใจว่าตนเองทำถูกต้องหรือไม่ จึงหยุดตรวจ และในบางเดือนก็ลืมตรวจ[6]

การปล่อยปละละเลยไม่ดูแลสุขภาพเต้านมจึงเป็นเหตุให้มะเร็งเต้านมลุกลาม การรักษายากขึ้น และมีความซับซ้อนขึ้น จึงทำให้สตรีเสียชีวิต การส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองยังคงเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ตลอดถึงองค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้สตรีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน[7] ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมให้สตรีตระหนักมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือนจะช่วยให้สตรีพ้นภัยจากมะเร็งได้

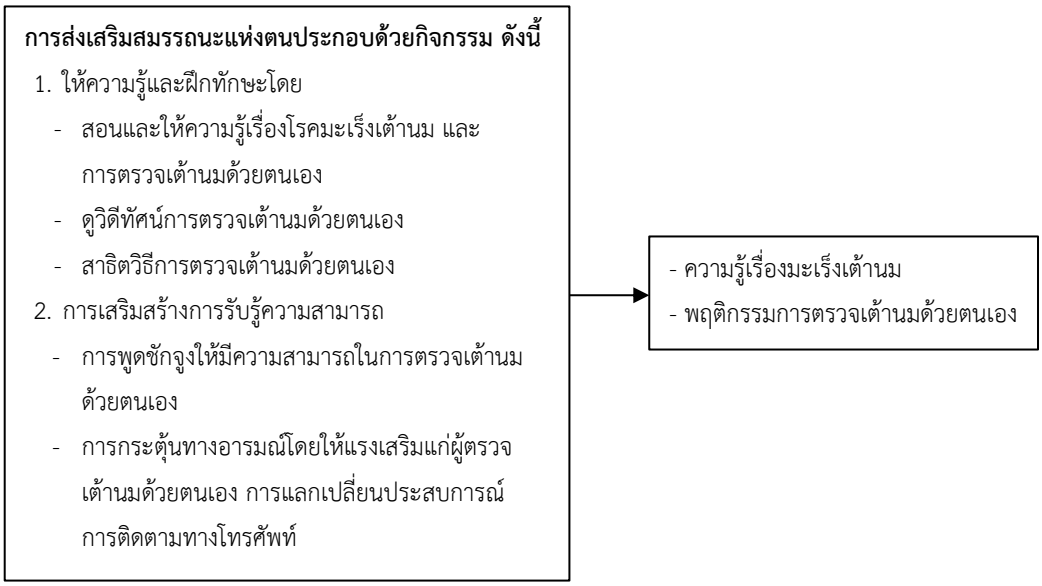
วิธีการส่งเสริมที่จะให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอนั้น จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมให้มีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Perceived self-efficacy) ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของแบนดูรา[8] มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินการวิจัย ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยเชื่อว่า การที่สตรีมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะตรวจหาความผิดปกติของเต้านมได้ถูกต้องทุกขั้นตอนและ สามารถตรวจเป็นประจำทุกเดือนนั้น จะต้องส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของสตรีประกอบด้วยการสร้างความตระหนักให้สตรีรับรู้หรือได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ก็จะทำให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง[9] การชักจูงด้วยคำพูด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยให้ฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้คลิปวิดีโอ จะทำให้เกิดความตระหนักและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมและตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น[10] และการที่สตรีได้รับการส่งเสริมให้เกิดความสามารถตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งเต้านมโดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรับรู้ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ มีการกำกับตนเองร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น[11] ดังนั้นการส่งเสริมสมรรถนะให้สตรีก็จะทำให้มีความรู้ มีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นการป้องกัน และลดความรุนแรงของโรคมะเร็งเต้านมได้

พื้นที่ตำบลไร่น้อย อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย 19 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 24,445 ราย เป็นชาย 12,268 คน หญิง 12,177 คน มีโรงพยาบาล 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข รับผิดชอบหมู่ที่ 11, 12, 15 และ 18 ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง จากการลงพื้นที่พบว่าผู้หญิงส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และไม่ทราบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและต้องทำอย่างสม่ำเสมอ แม้จะมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเป็นผู้นำในด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมและยังไม่เห็นความสำคัญในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งปัจจุบันพบว่ามะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ในสตรีไทย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตเป็นอันดับต้น ๆ และจากสถิติผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลมะเร็งจังหวัดอุบลราชธานีพบว่ามะเร็งเต้านมพบมากเป็นอันดับที่ 1 และจากรายงานการคัด

กรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีอายุ 30-70 ปี ของจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2565 ทำได้ร้อยละ 67.90 จากสถิติจะเห็นได้ว่าสตรีในจังหวัดอุบลราชธานีมีการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองน้อย ดังนั้นเพศหญิง จึงต้องมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งการที่จะให้สตรีตระหนักรู้ ต้องส่งเสริมให้รับรู้ความสามารถของตนเอง ให้เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ก็จะเกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านมของตนเองโดยการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการคัดกรองเบื้องต้น จะช่วยให้สตรีพ้นภัยจากมะเร็ง ลดการลุกลามของมะเร็ง และลดการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านมได้

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา[8] มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและมีพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองดังแสดงในแผนภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้เรื่องมะเร็งต้านมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีใน จังหวัดอุบลราชธานี

**คำถามการวิจัย**

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อความรู้เรื่องมะเร็งต้านมและพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในจังหวัดอุบลราชธานีเป็นอย่างไร

**สมมติฐานการวิจัย**

ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในจังหวัดอุบลราชธานีเพิ่มขึ้น หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบกลุ่มเดียววัดผลหลังการทดลอง (One-group pretest posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรคือ สตรีที่อาศัยอยู่ตำบลไร่น้อย อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 12,177 คน กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีที่อาศัยอยู่ในตำบลไร่น้อย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีวิเคราะห์ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.8 จากการศึกษาของ วัชรีวงค์ หวังมั่น คำนวณค่าอิทธิพลได้ 0.24 จากการเปิดตารางได้กลุ่มตัวอย่าง 105 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มเป็น 115 ราย[12]

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องมะเร็งเต้านม 3) ไม่มีก้อนที่เต้านม 4) มีโทรศัพท์มือถือระบบปฏิบัติการ IOS หรือ Android และ 5) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้ มีความยินดี และเต็มใจในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) 1) ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 2) เคยอบรมเรื่องมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ 3) ไม่มีโทรศัพท์ในการติดตาม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองผู้วิจัยได้ทบทวนจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำมาออกแบบโปรแกรมการ ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม โดยการบรรยายและให้ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม การวินิจฉัยมะเร็งเต้านม การประเมินความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม ผลกระทบต่อสุขภาพ การรักษาและแนวทางในการป้องกันหรือลดภาวะเสี่ยงในการเป็นมะเร็ง โครงสร้างเต้านม ลักษณะเต้านม วิธีการและขั้นตอนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 2) การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบด้วย การชักจูงด้วยคำพูด การกระตุ้นทางอารมณ์ด้วย การสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้แรงเสริมโดยกล่าวชมเชย และอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ 1) คู่มือเรื่องโรคมะเร็งเต้านม เนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุและปัจจัยส่งเสริม และการรักษามะเร็ง

เต้านม การป้องกันมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 2) หุ่นจำลองเต้านม 3 วีดิทัศน์ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเองจากการศึกษาและค้นคว้าจากเว็บไซต์มูลนิธิถันยรักษ์ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทรทราบรมราชชนนี [13] ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประวัติการมีบุตร การใช้ยาคุมกำเนิด และประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม

2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมเป็นแบบเลือกตอบ 20 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 ค่าคะแนนมาก หมายถึงมีความรู้มาก

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมี 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติจนถึงปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ เกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้งให้ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอให้ 3 คะแนน คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 10 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 30 โดยคะแนนสูง หมายถึงมีการปฏิบัติพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และแบบประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และคู่มือให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 1 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การพิจารณาความตรงตามเนื้อหาโดยดูจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 ตรงกันทุกท่าน โดยแบบประเมินความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และแบบประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94

การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและแบบประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยสตรีในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาวิจัยจำนวน 30 ราย ที่ตำบลไร่น้อย โดยแบบประเมินความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมไปหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิธีหาความคงที่ภายใน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR -20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และแบบประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประเมินความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าความสอดคล้องภายใน และวิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.90

**ขั้นตอนดำเนินการวิจัย**

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ 1) พบสตรีในชุมชนชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย 2) สอนและให้เกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง 3) ทบทวนความรู้จากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำคู่มือความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบประเมินความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม แบบประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

วันที่ 1 ทีมผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อได้รับอนุญาต ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และให้ทำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม แบบประเมินพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วันที่ 2 ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง สาธิตและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และประสบการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง พร้อมกับแจกแผ่คู่มือเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 4 มีการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง ติดตาม หลังการทดลอง โดยมีการประเมินความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้สถิติค่าที (Paired t-test)

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

ทีมผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพิจารณาตรวจสอบและอนุมัติ ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วันที่ 7 มิถุนายน 2566 เลขที่รับรองจริยธรรม SSJ.UB 2566-068 หลังจากรับรองแล้ว จึงดำเนินการวิจัยโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ โดยไม่เปิดเผยชื่อ สกุลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจะใช้รหัสแทน ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวมตามการศึกษานี้เท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้ 1 ปี หลังจากนั้นจะถูกทำลายโดยทีมวิจัย

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 57 ปี (SD=5.7) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.8 ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.9 ส่วนใหญ่มีบุตรร้อยละ 96.5 ใช้ยาคุมกำเนิดร้อยละ 20.9 ไม่ใช้ยาคุมกำเนิด ร้อยละ 79.1 เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 44.3 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 55.7 มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านม ร้อยละ 13

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ หลังการทดลอง ($\bar{X}$=18.67, SD=0.88) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$=13.56, SD=1.39) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t=52.25) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

| ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ | n | Mean | SD | t | p |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อน | 115 | 13.56 | 1.39 | 52.25 | <0.001 |
| หลัง | 115 | 18.67 | 0.88 | | |

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม หลังการทดลอง ($\bar{X}$=28.86, SD=0.90) สูงกว่าก่อนทดลอง ($\bar{X}$=13.03, SD=3.96) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t=48.35) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

| ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม | n | Mean | SD | t | p |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อน | 115 | 13.03 | 3.96 | 48.35 | <0.001 |
| หลัง | 115 | 28.86 | 0.90 | | |

## การอภิปรายผล

ผลจากการศึกษาพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพิ่มขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สามารถอภิปรายผลได้ว่า

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคือสตรี ได้รับการส่งเสริมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ โดยมีการคัดเลือก สตรีที่สามารถอ่านออก เขียนได้ สื่อสารเข้าใจได้ นำมาส่งเสริมสมรรถนะ

แห่งตน ซึ่งประกอบด้วย การจัดอบรมทบทวนความรู้และให้ชมวิดิทัศฯ พร้อมกับแจกคู่มือเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม สาเหตุ อาการ การรักษา และการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ตลอดจนได้รับการสอนเกี่ยวกับวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และผู้วิจัยยังได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง เคารพในความเชื่อและการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งเลือกใช้สถานที่ที่เหมาะสมในการให้ความรู้และดำเนินกิจกรรม ทำให้เกิดความจำ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น ($\bar{X}$=18.67, SD=0.88) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยพบว่าหลังให้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น[14-15] นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ตามโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งแบนดูรา[8] กล่าวว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดก็ต่อเมื่อมีความเชื่อมั่นหรือรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนว่าจะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จตามที่คาดหวังในผลลัพธ์นั้น ถ้าบุคคลมีความคาดหวังในผลลัพธ์อย่างเดียวโดยไม่มีการรับรู้ในความสามารถของตนเอง ก็จะไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ และบุคคลจะกระทำพฤติกรรมได้สำเร็จต้องรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะเพียงพอและมีความคาดหวังในผลลัพธ์นั้น จึงเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความพยายาม ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ซึ่งการทำให้บุคคลรับรู้ในความสามารถของตน จำเป็นต้องมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะโดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล ได้แก่ การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับคำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและอันตรายของมะเร็งเต้านม การใช้ตัวแบบมีชีวิต หรือสัญลักษณ์คือคู่มือการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองจนสามารถทำได้ถูกต้อง และใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่บัดดี้ที่สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ตามเป้าหมาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การใช้คำพูดชักจูงหรือโน้มน้าวให้ตระหนักถึงอันตรายของมะเร็งเต้านม และความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การชักจูง กระตุ้นเตือนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเองทางโทรศัพท์ และการกระตุ้นทางอารมณ์ ด้วยการให้กำลังใจ ชมเชย และการเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสอบถามปัญหา ตลอดเวลาการทดลอง อีกทั้งมีแรงสนับสนุนจากสมาชิกในการชักชวน กระตุ้นเตือน และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และการรับรู้สมรรถนะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น ดังการศึกษาพบว่าหลังให้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกลุ่มตัวอย่างมีการการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น[16] จะเห็นได้ว่าถ้าสตรีได้รับการส่งเสริมสมรรถนะ โดยการให้ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจก็จะทำให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น[17]

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ไปประยุกต์ใช้กับกับสตรีในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง โดยการเพิ่มความรู้ พัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และฝึกทักษะการตรวจ เต้านมด้วยตนเองที่ถูกวิธี
2. นำเสนอผลการวิจัยแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญในการกำหนดแผนงาน และจัดให้มีโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้สตรีรับรู้ความสามารถของตนเอง มีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกวิธี เป็นการเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม และช่วยให้นักศึกษาพยาบาลสามารถสอนหรือแนะนาวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองแก่สตรี/ผู้รับบริการได้ถูกต้อง

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

1. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอย่างต่อเนื่องระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรม
2. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาขยายผลไปยังกลุ่มเป้าหมายในระดับสตรีพื้นที่อื่น ๆ และควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Breast Cancer. News Room 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
2. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. อัตราตราป่วยมะเร็งเต้านมต่อประชากร. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 10]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยมะเร็งเต้านมต่อประชากร. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 10]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat
4. National Breast Cancer Foundation. Learn about breast cancer. [Internet]. [cited 2023 Jan 10]. Available from: https://www.nationalbreastcancer.org/about-breast cancer/
5. ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, สรัลรัตน์ พลอินทร์, พัชรรินทร์ เนียมเกิด. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม ในสตรีจังหวัดเพชรบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564; 22(3): 423-32.

6. Satitvipawee P, Promthet SS, Pitiphat W, Kalampakorn S, Parkin DM. Factors associated with breast self-examination among Thai women living in rural areas in Northeastern Thailand. J Med Assoc Thai. 2009 Dec;92 Suppl 7:S29-35.
7. รังสีนพดล โถทอง, โสภิตตรา สมหารวงค์, ศุลีพร แสงกระจ่าง, ณัฐจาพร พิชัยณรงค์, ปรารถนา สถิตวิภาวี, ศุภชัย ปิติกุลตัง, วิศิษฏ์ ฉวีพจน์กำจร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน. วารสารโรคมะเร็ง. 2562; 39(1):16-27.
8. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Worth Publishers; 1997.
9. Tumwijit S, Rastsadondee K, Boonrod N. Factors influencing practice of breast self-examination behavior among female undergraduate students at Bangkok Thonburi University. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University. 2009;21(3):83-7.
10. รุ้งระวี นาวีเจริญ, สุรศักดิ์ ตรีนัย, นพมาศ พัดทอง, สุวิมล โรจนาวี. ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันมะเร็งเต้านมและการติดตามด้วยโทรศัพท์ต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของบุคลากรหญิงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วารสารแพทย์นาวี. 2561; 45(2):186-201.
11. ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, สรัลรัตน์ พลอินทร์, พัชรรินทร์ เนียมเกิด. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีจังหวัดเพชรบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564; 22(3):423-32.
12. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
13. มูลนิธิถันยรักษ์ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทรทราบรมราชชนนี. การตรวจเต้านมด้วยตนเอง [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 กุมภาพันธ์ 15]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thanyarak.or.th/knowledge-detail.php?id=196
14. กันยา นันต๊ะแก้ว, แววดาว คำเขียว, ประกายดาว สุทธิ, อุไรวรรณ สาสังข์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนิสิตพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา. วารสารสภาการพยาบาล. 2559;31(2):69-80.
15. ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิรดา อรรถเมธากุล, ศิวะพร ประยูรเทพ. ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา. 2563;13(4):77-91.
16. วัชรีวงค์ หวังมั่น, ดวงกมล ปนเฉลียว, ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร่วมกับแอปพลิเคชั่นไลน์ของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุรินทร์. ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2564;11(1):1-14.
17. Sarker R, Islam MS, Moonajilin MS, Rahman M, Gesesew HA, Ward PR. Effectiveness of educational intervention on breast cancer knowledge and breast self-examination among female university students in Bangladesh: a pre-post quasi-experimental study. BMC Cancer. 2022 Feb 22;22(1):199. doi: 10.1186/s12885-022-09311-y.

# ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

**นนท์ มูลดวง, พ.บ.[*], ปิยะนุช บังเอิญ, วท.ม.[**a]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายและศึกษาความสัมพันธ์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ อำเภอบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคประจำตัวทางกายเรื้อรัง โรคร่วมทางกาย ปัจจัยทางครอบครัว ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ประชากรทั้งหมด 2,390 คน กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 343 คน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยหาความเชื่อมั่น วิเคราะห์สถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Chi-square ($\chi^2$)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงจำนวน 208 คน ร้อยละ 60.1 ความชุกของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 343 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 โดยไม่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและระดับรุนแรง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ($\chi^2$=19.400,p=0.001) ระดับการศึกษา ($\chi^2$=21.286, p<0.001) และโรคร่วมทางกาย ($\chi^2$=26.106, p<0.001) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ บุคคลที่อาศัยร่วมกัน ($\chi^2$=15.646,p=0.004) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความถี่ในการเข้าร่วมสังคม ($\chi^2$=30.410, p<0.001) ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลให้การพยาบาลผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนได้

**คำสำคัญ:** ความชุก; ภาวะซึมเศร้า; ผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง; การศึกษาความสัมพันธ์

[*] ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

[**] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

[a] Corresponding author: ปิยะนุช บังเอิญ Email: nuchyizz225@gmail.com

***รับบทความ: 10 ธ.ค. 67; รับบทความแก้ไข: 8 ม.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 9 ม.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 24 ก.พ. 68***

# Prevalence and Factors Associated with Depression in Elderly with Chronic Disease Who Received Care at Ban Mai Chaiyapot Hospital, Burirum Province

**Non Moonduang, M.D.[*], Piyanut Bangoen, M.S.[**a]**

## Abstract

The objectives of this descriptive and association research were to examine prevalence and factors associated with depression among elderly with chronic illnesses who received services at Ban Mai Chaiyapot hospital, Buriram province. Personal factors included gender, age, educational level, medical status, chronic physical diseases and physical comorbidities. Family factors included number of family members, people living together, and family relationships. Economic factors included occupation, monthly income, source of income, and sufficiency of income. Social factor included frequency of participation in social activities. Samples of 343 were drawn from the total population of 2390 persons. Tools used in the study were questionnaires with quality with reliability. Statistics used to analyze the data included descriptive statistics and Chi-square ($\chi^2$).

The results showed that the majority of the samples were females (n=208, 60.1%). The prevalence of the elderly with chronic diseases who had mild depression was 12 from the total of 343 persons (3.5%). There was no sample with moderate nor severe depression. Factors related to depression among elderly with chronic illnesses were personal factors include age ($\chi^2$=19.400, p<0.001), educational level ($\chi^2$=21.286, p<0.001), and physical comorbidities ($\chi^2$=26.106, p<0.001). Family factors included people living together ($\chi^2$=15.646, p=0.004). Social factors Included frequency of elderly joining the society ($\chi^2$=30.410, p<0.001). The results of this study can be used in planning nursing care for elderly with chronic illnesses who have depression both in hospital and community settings.

**Keywords:** Prevalence; Depression; Elderly with chronic diseases; Association study

[*] Director, Banmai Chaiyapot Hospital, Buriram Province

[**] Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus

[a] Corresponding author: Piyanut Bangoen Email: nuchyizz225@gmail.com

***Received: Dec. 10, 24; Revised: Jan. 8, 25; Accepted: Jan. 9, 25; Published Online: Feb. 24, 25***

## บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้ทั่วไป โดยประชากรโลกกว่า 280 ล้านคนอยู่ในภาวะซึมเศร้า[1] ข้อมูลจากศูนย์ความรู้โรคซึมเศร้าไทยกรมสุขภาพจิตระบุว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2564 ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ 1.5 ล้านคน และโดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 100 คนจะเข้าถึงการรักษาเพียง 28 คนเท่านั้นและองค์การอนามัยโลกยังระบุว่า ทุกปีจะมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 700,000 คน[2] ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย[3]

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ผ่านมาพบว่า ความชุกของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 30.2 ในจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบ่งตามกลุ่มโรคพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราความชุกร้อยละ 35.6 รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 30.7 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.0 และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20.6[3] ปัจจัยที่สัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เพศ โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงเมื่อหมดประจำเดือน จะหยุดสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ทำให้ผู้หญิงหงุดหงิดอารมณ์เสียง่าย ซึ่งอาจมีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้ สถานภาพสมรส เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว เหงาว้าเหว่ วิตกกังวล รู้สึกไร้ค่า ความพอเพียงของรายได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ สัมพันธภาพในครอบครัว การอยู่อาศัยร่วมกันในครอบครัวมผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ[4]โรคร่วมทางกาย ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทางกายตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อภาวะการเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคร่วมหรือโรคร่วมเพียง 1 โรค ถึง 2.45 เท่า[5] การเข้าร่วมสังคม ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการเข้าร่วมสังคมจะไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมสังคม[6,7] มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.5

เนื่องจากข้อมูลด้านความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้ามีความจำเป็นและสำคัญต่อการนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและจะช่วยในการพัฒนางานการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งเจ้าหน้าที่ด้านการพยาบาล สาธารณสุข และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาความชุกของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

**สมมติฐานการวิจัย**

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนากรอบแนวขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าแนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยาของ ตฎิลา จำปาวัลย์[8] อธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าอาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายใน อาทิ ปัจจัยทางชีวภาพ ทั้งความไม่สมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ความผิดปกติของการปรับสมดุลฮอร์โมนของต่อมไร้ท่อ หรือแม้กระทั่งเกี่ยวกับพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปสู่อีกรุ่นหนึ่ง รวมทั้งปัญหาทางด้านจิตใจที่ได้รับจากประสบการณ์ในวัยเด็ก เป็นต้น และปัจจัยจากภายนอก จากสิ่งแวดล้อมรอบตัว ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในงานวิจัยดังนี้ สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส โรคประจำตัวทางกายเรื้อรัง โรคร่วมทางกาย ปัจจัยทางด้านปัจจัยครอบครัว ได้แก่ จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และ ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยายและศึกษาความสัมพันธ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงปีงบประมาน 2566 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึงกันยายน พ.ศ. 2567 ระยะเวลา 1 ปี จำนวน 2,390 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 343 คน โดยใช้สูตร Taro Yamane ในการคำนวณ เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อมูลจำนวนประชากรที่แน่นอน[9]

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)**

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และป่วยเป็นโรคทางกายไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด
2) มีความสมัครใจและให้ความยินยอมในการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมงานวิจัย
3) ระดับความรู้สึกตัวดี สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี
4) อาศัยในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการทุติภูมิ โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์

**เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)**

1) ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง
2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิตอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคซึมเศร้า
3) ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวไม่ดี หรือไม่เข้าใจภาษาไทย

**เครื่องมือที่ใช้**

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ใช้วิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถาม 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โรคเรื้อรังที่เป็น โรคร่วมทางกาย จำนวนสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม/ชุมชน

ส่วนที่ 2 การสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว โดยประยุกต์ใช้ของ บุษราคัม จิตอารีย์[10] จำนวน 16 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ เป็นความจริงมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน เป็นความจริงปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เป็นความจริงเล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เป็นความจริงเลย เท่ากับ 1 คะแนน ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้ สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.965 แปลผลคะแนนใช้คะแนนรวมซึ่งมีช่วงคะแนนระหว่าง 16-64 คะแนน ดังนี้ 38-64 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี 27-37 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง และ 16-26 คะแนน หมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะซึมเศร้า ประยุกต์จาก Patient Health Questionnaire: PHQ-9 ของ ศ.นพ. มาโนช หล่อตระกูล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี[11] มีจำนวน 9 คำถาม 4 ระดับ ดังนี้ มีเกือบทุกวันเท่ากับ 3 คะแนน มีค่อนข้างบ่อยเท่ากับ 2 คะแนน มีบางวันหรือไม่บ่อยเท่ากับ 1 คะแนน ไม่เลยเท่ากับ 0 คะแนน แปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน 0-7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 8-12 มีภาวะซึมเศร้าน้อย คะแนน 13-17 มีภาวะซึมปานกลาง และ 18 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.843

**การรวบรวมข้อมูล**

หลังจากงานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้กับผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจะรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยต่อไป

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ตามหนังสือที่รับรองที่ บร 0033.002/5455 ลงวันที่ 9 กันยายน 2567 และเอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ BRO 2024-107 และทำหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ ที่จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม และให้ผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจด้วยตนเองในการจะเข้าร่วมวิจัย ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีเงื่อนไข รวมถึงแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ การยกเลิกหรือการถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 343 ราย ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง 208 คน (ร้อยละ 60.6) อายุ 60-70 ปี 326 คน (ร้อยละ 95.0) ระดับการศึกษา สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา 306 คน (ร้อยละ 89.2) มีสถานภาพสมรส 180 คน (ร้อยละ 52.5) มีโรคประจำตัวทางกายเรื้อรัง เป็นโรคเบาหวาน 205 คน (ร้อยละ 59.8)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

| ปัจจัยส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 134 | 39.1 |
| หญิง | 208 | 60.6 |
| LGBTQ | 1 | 0.3 |
| **อายุ** | | |
| 60-70 ปี | 326 | 9**.0** |
| 71-80 ปี | 14 | 4.1 |
| 81 ปี ขึ้นไป | 3 | 0.9 |
| **ระดับการศึกษา** | | |
| ประถม | 306 | 89.2 |
| มัธยมศึกษา | 12 | 3.5 |
| ปวช. ถึง ปวส. | 9 | 2.6 |
| ปริญญาตรี ขึ้นไป | 16 | 4.7 |
| **สถานภาพสมรส** | | |
| โสด | 31 | 9.0 |
| สมรส | 180 | 52.5 |
| หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย | 107 | 38.5 |
| **โรคประจำตัวทางกายเรื้อรัง** | | |
| เบาหวาน | 205 | 59.8 |
| ความดันโลหิตสูง | 131 | 38.2 |
| อื่น ๆ | 7 | 2.0 |
| **โรคร่วมทางกาย** | | |
| เอดส์ | 1 | 0.3 |
| โรคมะเร็ง | 4 | 1.2 |
| โรคในระบบทางเดินหายใจ | 2 | 0.6 |
| โรคในระบบปัสสาวะ | 4 | 1.2 |
| อื่น ๆ | 332 | 96.7 |

ภาวะซึมเศร้า พบว่าความชุกของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 343 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและรุนแรง

**ตารางที่ 2** ความชุกของระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

| ความชุกภาวะซึมเศร้า* | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ไม่มี | 331 | 96.5 |
| มีระดับน้อย | 12 | 3.5 |
| | Mean=1.0350, SD=0.184 | |

* ไม่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและระดับมาก

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสังคมของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ($\chi^2$=19.400, p=0.001) ระดับการศึกษา ($\chi^2$=21.286, p<0.001) และโรคร่วมทางกาย ($\chi^2$=26.106, p<0.001) ปัจจัยด้านครอบครัว คือบุคคลที่อาศัยร่วมกัน ($\chi^2$=15.646, p=0.004) ปัจจัยด้านสังคม คือความถี่ในการเข้าร่วมสังคม ($\chi^2$=30.410, p<0.001) ข้อมูลข้างต้นนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลให้การพยาบาลผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนได้

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

| ปัจจัย | ผู้ป่วยสูงอายุ n (%) | ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า n (%) | Chi-square | p-value |
|---|---|---|---|---|
| **ปัจจัยส่วนบุคคล** | | | | |
| **อายุ** | | | | |
| 60-70 ปี | 317 (92.4) | 9 (2.6) | | |
| 71-80 ปี | 11 (3.2) | 3 (0.9) | 19.400 | 0.001** |
| 81 ปีขึ้นไป | 3 (0.9) | 0 (0) | | |
| **ระดับการศึกษา** | | | | |
| ประถม | 300 (87.5) | 6 (1.7) | | |
| มัธยม | 10 (2.9) | 2 (0.6) | 21.286 | 0.000** |
| ปวช.-ปวส. | 8 (2.3) | 1 (0.3) | | |
| ปริญญาตรีขึ้นไป | 13 (3.8) | 3 (0.9) | | |

**ตารางที่ 3** (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์

| ปัจจัย | ผู้ป่วยสูงอายุ n (%) | ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า n (%) | Chi-square | p-value |
|---|---|---|---|---|
| **โรคร่วมทางกาย** | | | | |
| โรคเอดส์ | 1 (0.3) | 0 (0) | | |
| โรคมะเร็ง | 2 (0.6) | 2 (0.6) | | |
| โรคระบบทางเดินหายใจ | 2 (0.6) | 0 (0) | 26.106 | 0.000** |
| โรคระบบทางเดินปัสสาวะ | 4 (1.2) | 0 (0) | | |
| โรคอื่น ๆ | 322 (93.9) | 10 (2.9) | | |
| **ปัจจัยด้านครอบครัว** | | | | |
| **บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน** | | | | |
| คนเดียว | 23 (6.7) | 0 (0) | | |
| คู่สมรส | 113 (32.9) | 2 (0.6) | | |
| ลูก/หลาน | 187 (54.5) | 9 (2.6) | 15.646 | 0.004* |
| พี่น้อง/ญาติ | 1 (0.3) | 1 (0.3) | | |
| อื่น ๆ | 7 (2.0) | 0 (0) | | |
| **ปัจจัยด้านสังคม** | | | | |
| **การเข้าร่วมสังคม** | | | | |
| 1 ครั้งหรือมากว่าต่อสัปดาห์ | 4 (1.2%) | 2 (0.6%) | | |
| 1 ครั้งหรือมากว่าต่อเดือน | 121 (35.3%) | 4 (1.2%) | | |
| 1 ครั้งหรือมากว่าต่อปี | 195 (56.9%) | 4 (1.2%) | 30.410 | 0.000** |
| เข้าร่วมทุกกิจกรรมในสังคม/ชุมชน | 6 (1.7%) | 0 (0%) | | |
| ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม/ชุมชนเลย | 5 (1.5%) | 2 (0.6%) | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$; ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.01$

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัย ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความชุกของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 343 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 3.5 กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศาสตรา เข็มบุพผา[12] ที่พบความชุกภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 29 ซึ่งจัดเป็นภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและไม่พบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางและระดับรุนแรง

จากผลการวิเคราะห์ โดยใช้ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ Chi-Square ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านใหม่ไชยพจน์ จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ 0.5 ดังนี้

1. **อายุ** การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่างอายุ 60-80 ปี มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถติที่ 0.05 ($\chi^2$=19.400 ,p=0.001) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สายพิน ยอดกุล[4] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อายุ เนื่องจากวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ลดบทบาททางสังคม ความสามารถในการทำงานหรือปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ช่วงกลางวันอาศัยอยู่บ้านคนเดียว ขาดรายได้ จึงทำให้รู้สึกเครียดหรือเกิดภาวะเศร้าได้

2. **ระดับการศึกษา** พบว่าระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 ($\chi^2$=21.286, p<0.000) ซึ่งไม่สอดคล้องกับ กุลธิดา ดวงเนตร[3] ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาในครั้งนี้ พบข้อมูลผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 306 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 6 คน (ร้อยละ1.8) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 12 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.6) จบการศึกษาระดับ ปวส. จำนวน 8 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.3) และจบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 16 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยจำนวน 3 คน (ร้อยละ 0.9) จากข้อมูลที่กล่าวมาจะพบว่าผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรังที่จบการศึกษาทุกระดับการศึกษามีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย

3. **โรคร่วมทางกาย** พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วมทางกายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 ($\chi^2$=26.106, p<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภพงศ์ ไชยมงคล[5] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีโรคร่วมทางกายกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การมีโรคร่วมทางกาย จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าการที่ต้องดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคต่าง ๆ มากว่า 2 โรคขึ้นไป รวมไปถึงการที่ต้องรับประทายารักษาโรคที่มีปริมาณมาก ทำให้เกิดความยุ่งยาก กลายเป็นความเครียดสะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านความผิดปกติของสารสื่อประสาทที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าได้

4. **บุคคลที่อาศัยร่วมกัน** การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าบุคคลที่อาศัยร่วมกันมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\chi^2$=15.646, p=0.004) ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภพงศ์ ไชยมงคล[5] พบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากข้อมูลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้องรังที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 115 คน มีภาวะซึมเศร้า 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.6 อาศัยอยู่กับลูกหลาน จำนวน 196 คน มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.6 และอาศัยอยู่กับพี่น้อง/ญาติ 2 คน มีภาวะซึมเศร้า 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3

5. **การเข้าร่วมสังคม** การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 ($\chi^2$= 30410,p<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาคม บุญเลิศ[6]และ รัตนา คีรีพิเชษฐ[7] พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่

การเข้าร่วมสังคม จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือเข้าร่วมนาน ๆ ครั้งมีภาวะซึมเศร้า อธิบายได้ว่าการไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นเพราะขาดความสนใจในการทำกิจกรรม เก็บตัวอยู่แต่ในโลกของตัวเอง ทำให้คิดแต่เรื่องการเสื่อมถอยของวัย หรือปัญหารอบด้านที่มี ไม่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นอาการของภาวะซึมเศร้า

**ข้อเสนอแนะ**

จากผลการศึกษาที่ได้คือกลุ่มประชากรผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่กว้างขวางมากขึ้น ควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุป่วยโรคเรื้องรังในระดับทุติยภูมิให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง และศึกษาวิจัยประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.
2. กรมสุขภาพจิต. เปิดสถิติโรคซึมเศร้ากับสังคมไทย ภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่ [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 3]. เข้าถึงได้จาก https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459
3. กุลธิดา ดวงเนตร. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36(1):13-24.
4. สายพิณ ยอดกุล, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555; 30(3):50-7.
5. ศุภพงศ์ ไชยมงคล. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลคอนสาร. ชัยภูมิเวชสาร.2559;36(1):60-76
6. รัตนา คีรีพิเชษฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่ระเมิง. การประชุมวิชาการเรื่อง เปลี่ยนวิกฤต สร้างโอกาสพัฒนาชาติด้วยวิจัยและนวัตกรรม; วันที่ 16-17 มิถุนายน 2565; โรงแรมเวียงตากริเวอร์ไซด์. อ.เมือง จ.ตาก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าสองยาง; 2565
7. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559;31(1): 25-33.
8. ฑฎิลา จำปาวัลย์. แนวคิดและทฤษฎีภาวะซึมเศร้าทางจิตวิทยา. วารสารพุทธจิตวิทยา.2560;(2)2: 1-11

9. ภานุพันธุ์ ประภาติกุล. การคำนวนกลุ่มตัวอย่าง [อินเตอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560 [เข้าถึงเมื่อปี 2568 มกราคม 9]. เข้าถึงได้จาก: https://agecon-extens.agri.cmu.ac.th/Course_online/Course_352441.htm
10. บุษราคัม จิตอารีย์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. นครปฐม. มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2555.
11. มาโนช หล่อตระกูล. เครื่องมือคัดกรองและประเมินอาการโรคซึมเศร้าในระบบดูแลเฝ้า ระวังโรคซึมเศร้า [อินเตอร์เน็ต]. มปป. [เข้าถึงเมื่อ 2564 พฤกษภาคม 25]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/depression_risk
12. ศาสตรา เข็มบุปผา. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2565;37(1):91-102.

# ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

**กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร[*], สุภิศา ขำอเนก[*a], ปิยะนุช บังเอิญ[**], ปัณณทัต บนขุนทด[***], ปุณยนุช สละชั่ว[****], เพชรตะวัน ธนะรุ่ง[*], จารินี คูณทวีพันธุ์[*], อรศรี สุวิมล[*]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ปีการศึกษา 2567 จำนวนทั้งหมด 430 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบ KR-20 และ Cronbach' s alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72, 0.76 และ 0.92, ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับน้อย ส่วนทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ เพศ ($\chi^2$=9.483) การเรียนการสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน ($\chi^2$=7.629) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (r=0.162) ทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (r=0.099) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังนั้นผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนกิจกรรม การจัดทำแผนนโยบายเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

**คำสำคัญ**: ความรู้; ทัศนคติ; พฤติกรรม; บุหรี่ไฟฟ้า; นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

[*] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

[**] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

[***] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

[****] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ

[a] Corresponding author: สุภิศา ขำเอนก E-mail: supisa.ji@western.ac.th

***รับบทความ: 21 ธ.ค. 67; รับบทความแก้ไข: 19 ม.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 19 ม.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 27 ก.พ. 68***

# Knowledge, Attitude, and Behavior in Preventing E-Cigarette Smoking among Junior High School Students in Mueang District, Buriram Province

**Kitipong Ruanphet[*], Supisa Khamanek[*a], Piyanut Bangoen[**], Punnathut Bonkhunthod[***], Punyanuch Salachua[****], Pechtawan Thanaroong[*], Jarinee Kuntaweepan[*], Orasri Suvimol[*]**

## Abstract

This survey research aimed to study the level of knowledge, attitude and behavior in preventing e-cigarette smoking among lower secondary school students in Mueang district, Buriram province, and the factors related to personal factors, knowledge, attitude and behavior in preventing e-cigarette smoking among students. Samples were 430 students in the lower secondary education system under the Ministry of Education in the academic year 2024. The research instrument was a personal questionnaire on knowledge, attitude and behavior in preventing e-cigarette smoking, with the reliability of the KR-20 test and Cronbach's alpha coefficient of 0.72, 0.76, and 0.92 respectively. The data were analyzed using percentages, means, standard deviations, Pearson Chi-square tests and Pearson's product moment correlation coefficients.

Results showed that the samples had a low level of knowledge on e-cigarette smoking prevention, while their attitudes and behaviors on e-cigarette smoking prevention were at a high level. Factors that were significantly related to e-cigarette smoking prevention behavior among lower secondary school students at $p<0.05$ were gender ($\chi^2=9.483$), e-cigarette teaching in school ($\chi^2=7.629$), knowledge on e-cigarette smoking prevention (r=.162), and attitudes on e-cigarette smoking prevention (r=.099). Therefore, administrators and relevant agencies can use the research results as a guideline for developing activity plans and policies on effective e-cigarette smoking prevention guidelines for students.

**Keywords:** Knowledge; Attitudes; Behaviors; E-cigarette; Junior high school students

---

[*] Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus

[**] Lecturer, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University

[***] Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

[****] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Nopparat Vajira

Corresponding author: Supisa Khamanek E-mail: supisa.ji@western.ac.th

***Received: Dec. 21, 24; Revised: Jan. 19, 25; Accepted: Jan. 19, 25; Published Online: Feb. 27, 25***

## บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้าหรือบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ เป็นอุปกรณ์ที่ใช้แบตเตอรี่ส่งพลังงานไปที่ชุดทำความร้อน เพื่อระเหยสารนิโคตินให้กลายเป็นไอ สูดเข้าสู่ร่างกาย ประกอบด้วยตลับเก็บน้ำยานิโคตินผสมกับสารปรุงแต่งกลิ่น รส และสารต่าง ๆ[1] ทำให้ในปัจจุบันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มมากขึ้น[2] เนื่องจากเชื่อว่าจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่ธรรมดา มีแพร่หลายในสื่อออนไลน์ และเข้าถึงได้ง่าย ทำให้วัยรุ่นหันมาลองสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น และภาพลักษณ์ของบุหรี่ไฟฟ้านั้น ดูน่าดึงดูด ทันสมัย เท่ห์[3] รวมทั้งกลยุทธ์ทางการตลาดมุ่งเป้าไปที่วัยรุ่นให้เป็นนักสูบหน้าใหม่ทดแทนผู้สูบบุหรี่ ที่ทยอยเจ็บป่วยหรือล้มตายไปจากการสูบบุหรี่[4] จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า ในสหรัฐอเมริกามีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในกลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้นจากปี ค.ศ. 2011 ถึงปี ค.ศ. 2020 จากร้อยละ 1.5 เป็นร้อยละ 19.6[5] และในปี 2020 มีรายงานการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 20.0% และใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นประจำทุกวัน 73.9%[6] ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยมีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.3 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 17.6 ในปี 2566[7] จะเห็นได้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นทั่วโลก

ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ฟ้า เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้าส่วนมากมีสารนิโคติน เยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าจึงสามารถเสพติดได้และเป็นอันตรายต่อการพัฒนาสมองของวัยรุ่น ทำลายสมาธิและการเรียนรู้ นอกจากนั้นนิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้ายังก่อให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง โรคปอด และทางเดินหายใจ และส่งผลกระทบต่อโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทำให้ความสมบูรณ์ของหลอดเลือดลดลง หลอดเลือดแข็งตัวและตีบตัน และอาจรวมไปถึงสภาวะหัวใจทำงานหนักมากขึ้นทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน[8,9] ถึงอย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ออกมารณรงค์ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทั้งมิติด้านกฎหมายและผลเสียต่อร่างกาย แต่ก็ยังมีแนวโน้มที่จะพบการสูบบุหรี่ไฟฟ้าหน้าใหม่อยู่เสมอ อาจเนื่องจากบริษัทบุหรี่มุ่งเป้าไปที่เยาวชน ซึ่งเป็นวัยที่อยากลอง อยากรู้สิ่งใหม่ และยังขาดความรู้เกี่ยวกับโทษและพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้า ทำให้มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มมากขึ้น[10]

จากสถานการณ์ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 18.2 เป็นอันดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 9 และจากการสำรวจอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันแยกตามกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 11.2 ซึ่งเป็นอันดับที่ 2 ของเขตสุขภาพที่ 9 อายุน้อยที่เริ่มสูบบุหรี่คือ 12 ปี[11] ดังนั้นผู้วิจัยจึงประสงค์ที่จะศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อให้หน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

**คำถามการวิจัย**

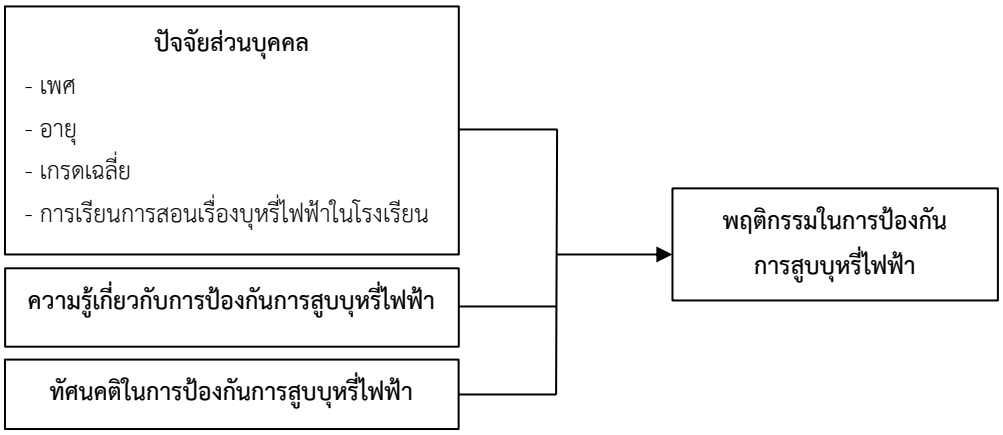
ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ หรือไม่

**สมมติฐานการวิจัย**

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

**กรอบแนวคิดของการวิจัย**

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Bloom[12] มาประยุกต์ใช้ในการศึกษา โดยแนวคิดของ Bloom ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงอย่างเป็นขั้นตอนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ ดังแสดงในรูปภาพที่ 1 ดังนี้




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study)

**ประชากร** ในการวิจัยครั้งนี้ คือ นักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ปีการศึกษา 2567 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

**กลุ่มตัวอย่าง** นักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ปีการศึกษา 2567 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) โดยการสุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาจาก 10 โรงเรียน ได้กลุ่มตัวอย่าง 5 โรงเรียน ประกอบด้วย โรงเรียนบุรีรัมย์พิทยาคม โรงเรียนบัวหลวงวิทยาคม โรงเรียนกนกศิลป์พิทยาคม โรงเรียนหนองตาดพิทยาคม และโรงเรียนกลันทาพิทยาคม จากนั้นใช้วิธีการคำนวณโดยใช้สูตรแบบไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Cochran[13] ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้เท่ากับ 385 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง[14] เพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ หรือข้อมูลสูญหาย (Missing data) โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 430 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เกรดเฉลี่ย อายุ ศาสนา เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ [15] จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลระดับของความรู้ใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้น้อย 8-15 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้มาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์[15] จำนวน 15 ข้อ โดยให้นักเรียนเลือกตอบตามความคิดเห็นของตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์[15] จำนวน 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์ให้คะแนน ส่วนที่ 3-4 แปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้ 3.51-4.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า แบบสอบถามทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เป็นแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาแล้ว จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และผู้วิจัยนำแบบสอบถามดังกล่าวไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วย KR- 20 และครอนบาคแอลฟา (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72, 0.76, และ 0.92 ตามลำดับ

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

หลังจากการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-044 ในแบบสอบถามไม่มีการระบุ ชื่อ-สกุล แต่ใช้รหัสแทนในแบบสอบถาม และข้อมูลถูกนำวิเคราะห์และรายงานผลในภาพรวม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

## ผลการวิจัย

**ข้อมูลทั่วไป**

ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.2 เพศชาย ร้อยละ 45.8 มีอายุระหว่าง 11-13 ปี ร้อยละ 53.5 และอายุระหว่าง 14-16 ปีร้อยละ 46.5 ปี อายุเฉลี่ย 13.38 ปี (SD=0.93) ส่วนใหญ่มีผลการเรียนเกรดเฉลี่ยรหว่าง 3.00-4.00 ร้อยละ 66.0 เกรดเฉลี่ย 3.11 (SD=0.60) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.4 มีรายได้พอเพียงต่อการใช้จ่าย ร้อยละ 81.6 และในโรงเรียนมีการเรียนการสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 66.5

**ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า**

จากการวิเคราะห์ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.50 คะแนน ทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.95 คะแนน และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.00 คะแนน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=430)

| ปัจจัย | Mean | SD | ระดับ |
|---|---|---|---|
| ความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า | 6.50 | 1.40 | น้อย |
| ทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า | 2.95 | 0.49 | มาก |
| พฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า | 3.00 | 0.76 | มาก |

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า เพศ การเรียนการสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=430) โดย Chi-square test

| ปัจจัย | พฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า n(%) | | | | $\chi^2$ | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | น้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | | | |
| **เพศ** | | | | | | | |
| ชาย | 6 (3.0) | 24 (12.2) | 109 (55.3) | 58 (29.4) | | | |
| หญิง | 10 (4.3) | 53 (22.7) | 117 (50.2) | 53 (22.7) | 9.483 | 3 | 0.02* |
| **อายุ** | | | | | | | |
| 11-13 ปี | 7 (3.0) | 33 (14.3) | 122 (53.0) | 68 (29.6) | | | |
| 14-16 ปี | 9 (4.5) | 44 (22.0) | 104 (52.0) | 43 (21.5) | 6.826 | 3 | 0.07 |
| **เกรดเฉลี่ย** | | | | | | | |
| 1.00-1.99 | 0 | 3 (33.3) | 3 (33.3) | 3 (33.3) | | | |
| 2.00-2.99 | 7 (5.1) | 23 (16.8) | 71 (51.8) | 36 (26.3) | | | |
| 3.00-4.00 | 9 (3.2) | 51 (18.0) | 152 (53.5) | 72 (25.4) | 3.498 | 6 | 0.74 |
| **การเรียนการสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน** | | | | | | | |
| มี | 7 (2.4) | 49 (17.1) | 147 (51.4) | 83 (29.0) | | | |
| ไม่มี | 9 (6.3) | 28 (19.4) | 79 (54.9) | 28 (19.4) | 7.629 | 3 | 0.05* |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (n=430)

| ปัจจัย | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 1. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้า | 1 | 0.162** | 0.099** |
| 2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า | | 1 | 0.257 |
| 3. ทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า | | | 1 |

มีนัยสำคัญทางสถิติ *p<0.05; **p<0.01

## การอภิปรายผล

จากการศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับน้อย เนื่องจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า คือมีข้อมูลโฆษณาและซื้อขายอย่างแพร่หลายในสื่อออนไลน์ ทำให้พบเห็นการโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าที่เชิญชวนให้เยาวชนสูบบุหรี่ไฟฟ้า โดยอ้างว่าไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและปลอดภัยกว่าบุหรี่ธรรมดา[3] และทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับมากอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าดีด้วย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ เพศ การเรียนการสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

**เพศ** เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงมีความรู้เรื่องพิษภัยจากการสูบบุหรี่สูงกว่าเพศชายอีกทั้งเพศหญิงส่วนใหญ่ยังรู้สึกว่าสังคมไทยไม่ยอมรับการสูบบุหรี่ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ชาย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมตนเองในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการควบคุมตนเองในพฤติกรรมการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16]

**การเรียนการสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียน** เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเรียนการสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟ้าในโรงเรียนสูงถึงร้อยละ 66.5 อาจทำให้นักเรียนมีความรู้ถึงพิษภัยอันตรายของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

จังหวัดพิษณุโลก พบว่าการดำเนินนโยบายป้องกันการสูบบุหรี่ในโรงเรียนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17] และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการเรียนการสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟาในโรงเรียนมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟาของนักเรียน นักเรียนจะสูบบุหรี่ไฟฟามากเป็น 2.3 เท่าของนักเรียนที่โรงเรียนเคยสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า แสดงให้เห็นว่าหากโรงเรียนมีการเพิ่มเนื้อหาการเรียนการสอนเรื่องบุหรี่ไฟฟาในชั้นเรียนจะสามารถช่วยให้นักเรียนไม่เขาไปยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าได้[18]

**ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า** เนื่องจากโรงเรียนมีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจึงทำให้นักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้าอาจทำให้นักเรียนมีความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร พบว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับระดับทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19] และสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้กัญชา และ การสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า การรับรู้บุหรี่ไฟฟ้าที่เหมาะสมและการรับรู้บุหรี่ไฟฟ้าที่พอใช้เป็นปัจจัยป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[20]

**ทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า** เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับมากอาจทำให้นักเรียนมีมุมองที่ดีถึงผลประโยชน์ที่จะไม่สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพราะมีอันตรายต่อสุขภาพ นักเรียนก็จะมีพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21] และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดพิษณุโลก พบว่าทัศนคติเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[17]

**ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงาน**

1. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในระดับน้อย ดังนั้นครู ผู้ปกครองหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดทำโครงการให้ความรู้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียน
2. ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินมาตรการการจัดทำแผนนโยบายเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนให้มีประสิทธิภาพต่อไป

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยทางด้านอื่นๆร่วมด้วยที่มีผลต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ควบคู่กันเพื่อให้ทราบข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมในการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

3. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยการส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักเรียน

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. บุหรี่ไฟฟ้า: มหันตภัยยุค 4.0 ที่คุกคามสุขภาวะคนไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/situation_ten.php?id=7&y=2563&bm=1
2. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. ยุวทัศน์ฯ เผย “วัยรุ่นไทย” น่าห่วงร้อยละ 12.3 สูบบุหรี่ไฟฟ้า กว่า 2 ใน 3 สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบแรกของชีวิต [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://www.hfocus.org/content/2022/06/25365
3. ยชญ์รวินทร์ จรบุรมย์, พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, ปัญจภรณ์ ยะเกษม, รัชพร ศรีเดช, อนุสรณ์ แน่นอุดร. บทบาทพยาบาลในการสร้างเสริมการรับรู้ของวัยรุ่นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า. วารสารพยาบาล. 2564;70(1);52-60.
4. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มสบ.). ภารกิจ "End Game" เพื่อชาว Gen Z Strong: คนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่ [อินเตอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ashthailand.or.th/news/detail/342/06/3
5. Diaz MC, Kierstead EC, Khatib BS, Schillo BA, Tauras JA. Investigating the Impact of E-Cigarette Price and Tax on E-Cigarette Use Behavior. Am J Prev Med. 2023 Jun;64(6):797-804. doi: 10.1016/j.amepre.2023.01.015.
6. Wang TW, Neff LJ, Park-Lee E, Ren C, Cullen KA, King BA. E-cigarette Use Among Middle and High School Students - United States, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Sep 18;69(37):1310-1312. doi: 10.15585/mmwr.mm6937e1.
7. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี. อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนและสตรี เพิ่มขึ้น [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/odpc5/news.php?news=41647&deptcode=odpc5
8. World Health Organization. แถลงการณ์เรื่องบุหรี่ไฟฟ้า [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/ncds/who-thailand-statement-on-electronic-cigarettes-as-of-20-october-2021-(th).pdf?sfvrsn=56366162_5
9. กองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1589020240719032342.pdf

10. จุไรรัตน์ ช่วงไชยยะ, มณฑา เก่งการพานิช, ศรัณญา เบญจกุล, มลินี สมภพเจริญ. ผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ร่วมกับการใช้ Facebook ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 อำเภอเมืองจังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2564;15(2):94-105.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
12. Bloom BS. Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain. New York: David Mckay; 1964.
13. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
14. ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2556:16(2):9-18.
15. อรณิช ชำนาญศิลป์, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์. ประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษาตามทฤษฎีความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการสูบบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดนนทบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2565;30(1),88-100.
16. อรวรรณ วรอรุณ, ปิยะธิดา ขจรชัยกุล, ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, ศุภชัย ปิติกุลตัง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมตนเองในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2560;12(2),75-85.
17. ภัทรินทร์ ศิริทรากุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2567;11(1):89-106.
18. พรทิพา สุวัฒภิญโญ, มณฑา เกงการพานิช, ธราดล เกงการพานิช. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขศึกษา. 2564;44(2):88-101.
19. จิราภรณ์ จำปาจันทร์, สิริวิมล ทะวงศ์นา, นิธิพร ยะคำสี, ภัทรินทร์ เมืองคง, นริศรา ขันตี, ณีรนุช วรไธสง, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(2),631-44.
20. ไพฑูรย์ สอนทน, นฤมล จันทร์มา, อัมพร สอนทน . ความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้กัญชา และการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดเพชรบูรณ์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://cads.in.th/cads/content?id=324
21. พัสวีภรณ์ อัครกิตติพงศ์, ณัฐวุธ แก้วสุทธา, อังศินันท์ อินทรกำแหง. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ. 2561;11(2):50-62.

# ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

**วสันต์ กิตติวีรวงศ์, พ.บ.*[a], รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์, พย.ม.****

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนทั้งหมด 144 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงาน และแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบโดยวิธีอัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.84, 0.80, 0.93 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบเพียร์สันไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิต ร้อยละ 79.9 และมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ร้อยละ 20.1 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ อายุ ($\chi^2$=7.420) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (r=0.251) ปัจจัยด้านความเครียดจากการทำงาน (r=0.262) และปัจจัยด้านการทำงาน (r=0.277) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ดังนั้นผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการเฝ้าระวัง และคัดกรองป้องกันภาวะสุขภาพจิตและออกแบบช่วยเหลือบุคลากรตามบริบทให้มีประสิทธิภาพต่อไป

**คำสำคัญ**: ภาวะสุขภาพจิต; ปัจจัย; ผู้ให้บริการสุขภาพ

* นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์

[a] Corresponding author: วสันต์ กิตติวีรวงศ์ Email: wasan.kittiveerawong19@gmail.com

***รับบทความ: 19 ธ.ค. 67; รับบทความแก้ไข: 19 ม.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 19 ม.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 2 มี.ค. 68***

# Mental Health Status and Factors Related to Mental Health Status among Health Care Providers in Ban Kruat Hospital, Buriram Province

**Wasan Kittiveerawong, M.D.[*a], Rattanapron Phanpho, M.N.S.[**]**

## Abstract

This survey research aimed to study mental health status and factors related to mental health status of health care providers at Ban Kruat hospital, Buriram province. Samples consisted of 144 health care providers at Ban Kruat hospital, Buriram province. Research instruments were questionnaires on personal information, social supports, occupational stress, occupational factors, and mental health. Reliability of the research instruments yielded Cronbach's alpha coefficients of 0.84, 0.80, 0.93 and 0.93 respectively. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, Pearson Chi-square tests, and Pearson's product moment correlation coefficients.

The research results showed that 79.9 percent of the samples had no mental health problems while 20.1 percent had mental health problems. Factors that were significantly related to the mental health of health care providers at Ban Kruat hospital, Buriram province were age ($\chi^2$=7.420), social support factors (r=0.251), work stress factors (r=.262), and work factors (r=.277) at $p<0.01$. Therefore, administrators and related agencies should monitor and screen for mental health problems and design effective assistance for hospital personnel according to the contexts.

**Keywords:** Mental health status; Factors; Health providers

[*] Medical Physician, Senior Professional Level, Ban Kruat Hospital, Buriram Province

[**] Lecturer, Faculty of Nursing, Western University, Buriram Campus

[a] Corresponding author: Wasan Kittiveerawong Email: wasan.kittiveerawong19@gmail.com

***Received: Dec. 19, 24; Revised: Jan. 19, 25; Accepted: Jan. 19, 25; Published Online: Mar. 2, 25***

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้นิยามสุขภาพจิตว่า “เป็นสภาวะที่มีความสุขที่บุคคลตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง สามารถปรับตัวและรับมือกับความเครียดในชีวิตสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข”[1] สภาพแวดล้อมจากการทำงานมีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เป็นตัววัตถุ ตัวงาน สภาพการบริหารภายในองค์กร ความรู้ความสามารถของบุคลากร ความต้องการพื้นฐาน วัฒนธรรมความเชื่อ พฤติกรรม สิ่งเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงเคลื่อนไหวตลอดเวลา ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด ระดับของความเครียดของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน หากมีความเครียดมากจะมีผลกระทบทำให้เกิดความรุนแรงทางสุขภาพกายและจิตตามมา[2] ในปัจจุบันการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระบบสาธารณสุขของประเทศไทยยังพบปัญหา เช่น สวัสดิการ งบประมาณ จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อสัดส่วนประชากร ทำให้ผู้ให้บริการในการดูแลรักษาผู้ป่วยมีความลำบากและเหน็ดเหนื่อยอย่างมากในการปฏิบัติงาน ส่งผลทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการดำรงชีวิตประจำวันได้[3] ถ้าหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตแบ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อม สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ครอบครัว การสนับสนุนทางอารมณ์ สภาพสังคม วัฒนธรรม การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสุข[4] จากศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคามมีอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยอาการของภาวะหมดไฟ ร้อยละ 63.4 ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.9 มีความเครียดในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 3.6 และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.1[5] และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตเท่ากับ 2.38 ตัวแปรคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสมดุลชีวิตกับการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน และการสนับสนุนจากครอบครัว โดยสามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 49[6] ดังนั้นปัญหาภาวะสุขภาพจิตจึงเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญที่จะต้องดูแลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี

ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่าภาวะสุขภาพจิตเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญที่ทางโรงพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในการดูแลบุคลากร ซึ่งโรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นโรงพยาบาระดับบริการ F1 ขนาด 60 เตียง มีผู้ป่วยนอกเฉลี่ยที่มารับบริการ จำนวน 544 คนต่อวัน ผู้ป่วยในเฉลี่ย 16 คนต่อวัน และอัตราการครองเตียงร้อยละ 90 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มารับบริการมีค่อนข้างมากซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อบุคคลากรตามปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ เพื่อนำไปเป็นเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนารูปแบบในการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลภาวะสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

**คำถามการวิจัย**

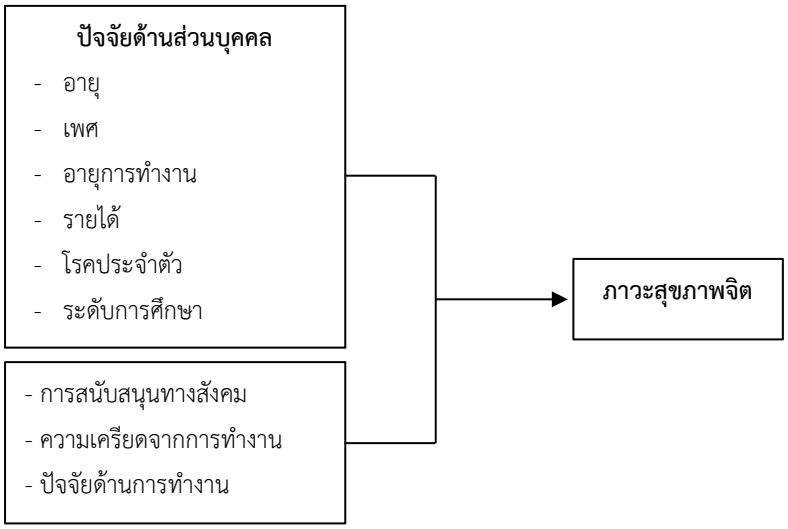
ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

**สมมติฐานการวิจัย**

ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความเครียดจากการทำงาน ปัจจัยด้านการทำงาน มีความสัมพันธ์กับกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยความเครียดจากการทำงาน และปัจจัยด้านการทำงาน มีกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในรูปภาพที่ 1 ดังนี้




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์

**ประชากร** ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนทั้งหมด 228 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกการสุ่มแบบเจาะจง ผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Krejcie & Morgan[7] จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 144 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบ 5 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อายุการทำงาน โรคประจำตัว รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม วัดโดยแบบประเมินของ วาดฝัน ม่วงอ่ำ[8] มีจำนวน 14 ข้อ ดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน วัดโดยแบบประเมินของ รัตนาภรณ์ พันธ์โพธิ์[9] มีจำนวน 14 ข้อ ดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงาน วัดโดยแบบประเมินของ คริสต์มาส ลิ่มรัตนะกุล[10] มีจำนวน 37 ข้อ ดังนี้ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก ระดับ 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง ระดับ 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต (Thai GHQ30) วัดโดยแบบประเมินของ Goldberg[11] มีจำนวน 30 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ ก, ข, ค และ ง การคิดคะแนน GHQ score (0-0-1-1) การแปลผล 0-3 คะแนน หมายถึง ไม่มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต

เกณฑ์ให้คะแนน ส่วนที่ 2-5 แปลความหมายค่าเฉลี่ย ตามแนวทางของ บุญชม ศรีสะอาด[12] ดังนี้ 3.51-4.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง ระดับมาก 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และ 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามความเครียดจากการทำงาน แบบสอบถามปัจจัยด้านการทำงาน และแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิต ที่ผ่านการพัฒนาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และผู้วิจัยนำแบบสอบถามดังกล่าวไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84, 0.80, 0.93 และ 0.93 ตามลำดับ

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

หลังจากการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ ผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เอกสารรับรองเลขที่ BRO 2024-040 ในแบบสอบถามไม่มีการระบุ ชื่อ-สกุล แต่ใช้รหัสแทนในแบบสอบถาม และข้อมูลถูกนำวิเคราะห์และรายงานผลในภาพรวม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและนำเสนอผลการศึกษาด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

## ผลการวิจัย

แบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้ มีความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ ทั้ง 169 ฉบับ ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.3 เพศชาย ร้อยละ 25.7 สถานภาพ คู่ ร้อยละ 61.8 โสด ร้อยละ 31.9 หม้าย ร้อยละ 6.3 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.9 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 66.7 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 17.4 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.7 รายได้ที่ได้รับต่อเดือน อยู่ระหว่าง 8,000-30,000 บาท ร้อยละ 61.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 31,962.44 บาท (SD=20,505.06) ระยะเวลาทำงาน 1-15 ปี ร้อยละ 55.61 ระยะเวลา 16-30 ปี ร้อยละ 38.2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.36 ปี (SD=8.72)

จากการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิต ร้อยละ 79.9 และมีปัญหาภาวะสุขภาพจิต ร้อยละ 20.1 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ (n=144)

| ภาวะสุขภาพจิต | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ไม่มี | 115 | 79.9 |
| มี | 29 | 20.1 |
| Mean=1.20; SD=0.40 | | |

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์**

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) โดยมีค่าความสัมพันธ์จากการทดสอบเพียร์สันไคสแควร์ เท่ากับ 7.420 ส่วนเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ โรคประจำตัว ระยะเวลาการทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ (n=144)

| ปัจจัย | ภาวะสุขภาพจิต n (%) | | $\chi^2$ | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | ไม่มี | มี | | | |
| **เพศ** | | | | | |
| ชาย | 32 (86.5) | 5 (13.5) | | | |
| หญิง | 83 (77.6) | 24 (22.4) | 1.359 | 1 | 0.244 |
| **อายุ** | | | | | |
| 20-30 ปี | 15 (60.0) | 10 (40.0) | | | |
| 31-60 ปี | 100 (87.0) | 19 (65.5) | 7.420 | 1 | 0.006 |
| **ระดับการศึกษา** | | | | | |
| ประถมศึกษา | 7 (77.8) | 2 (22.2) | | | |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 2 (100.0) | 0 | | | |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 23 (92.0) | 2 (8.0) | | | |
| อนุปริญญา | 7 (58.3) | 5 (41.7) | | | |
| ปริญญาตรี | 76 (79.2) | 20 (20.8) | 6.306 | 4 | 0.177 |
| **สถานภาพ** | | | | | |
| โสด | 36 (78.3) | 10 (21.7) | | | |
| คู่ | 72 (80.9) | 17 (19.1) | | | |
| หม้าย/หย่า/แยก | 7 (77.8) | 2 (22.2) | 0.157 | 2 | 0.924 |
| **โรคประจำตัว** | | | | | |
| มี | 19 (86.4) | 3 (13.6) | | | |
| ไม่มี | 96 (78.7) | 26 (21.3) | 0.683 | 1 | 0.409 |

**ตารางที่ 2** (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ (n=144)

| ปัจจัย | ภาวะสุขภาพจิต n (%) | | $\chi^2$ | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | ไม่มี | มี | | | |
| **ระยะเวลาทำงาน** | | | | | |
| 1-15 ปี | 60 (75.0) | 20 (25.0) | | | |
| 16-30 ปี | 46 (83.6) | 9 (16.4) | | | |
| 31-45 ปี | 9 (100.0) | 0 | 3.932 | 2 | 0.140 |
| **รายได้ต่อเดือน** | | | | | |
| 8,000-30,000 บาท | 68 (77.3) | 20 (22.7) | | | |
| 30,001-60,000 บาท | 42 (84.0) | 8 (16.0) | | | |
| 60,001-100,000 บาท | 5 (83.3) | 1 (16.7) | 0.944 | 2 | 0.624 |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม (r=0.251) ปัจจัยด้านความเครียดจากการทำงาน (r=0.262) และปัจจัยด้านการทำงาน (r=0.277) โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 4** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ (n=144)

| ปัจจัย | 1 | 2 | 3 | 3 |
|---|---|---|---|---|
| 1. ด้านภาวะสุขภาพจิต | 1 | 0.251** | 0.262** | .277** |
| 2. ด้านการสนับสนุนทางสังคม | | 1 | -0.279** | -0.500** |
| 3. ด้านความเครียดจากการทำงาน | | | 1 | 0.592** |
| 4. ด้านการทำงาน | | | | 1 |

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

## การอภิปรายผล

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านภาวะสุขภาพจิต ร้อยละ 79.9 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 31-60 ปี

อายุเฉลี่ย 41.03 ปี (SD=9.02) ทำให้มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ในระดับสูง มีการควบคุมแรงกระตุ้นได้ดีมีความอดทนอดกลั้นต่อความคับข้องใจได้ดี[13] และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ให้บริการสุขภาพโรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ อายุ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านความเครียดจากการทำงาน และปัจจัยด้านการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

**อายุ** ทั้งนี้เนื่องจาก อายุที่น้อยยังมีประสบการณ์หรือความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งมีความมั่นคงทางอารมณ์ค่อนข้างน้อย[9] เมื่อเจอปัญหาต่าง ๆ ในการทำงานอาจทำให้เกิดภาวะเครียดและถ้าไม่สามารถจัดการกับอารมณ์ได้ย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตตามมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับอาการภาวะหมดไฟของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[5]

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีพลังสุขภาพจิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนใต้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[14] และการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15]

**ความเครียดจากการทำงาน** เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นทำให้การทำงานอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียดและแสดงอาการต่าง ๆ ออกมา เช่น อาการหงุดหงิด การต่อต้าน อาการเบื่อเหนื่อย หดหู่ เป็นต้น ทำให้เกิดผลที่ไม่ดีต่อสภาพร่างกายและภาวะสุขภาพจิต[16] สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตในตำรวจชั้นประทวน พบว่าความเครียดจากการทำงานเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมพบว่าตัวแปรคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิต ได้แก่ ความเครียดจากการทำงาน[6]

**ด้านการทำงาน** หมายถึงการที่ต้องทำงานหลายๆอย่างพร้อมกันในเวลาเดียวกันและต้องรับผิดชอบในระยะเวลาที่จำกัด งานที่มีความเสี่ยง ปริมาณงานที่มีมากเกินไปไม่เหมาะสมกับตำแหน่งงานที่มีกฎระเบียบมากเกินไปยุ่งยากต่อการปฏิบัติงาน รวมไปถึงงานที่มีความกดดันและยุ่งยากซับซ้อน เป็นส่วนที่ทำให้เกิดความเครียดในการปฏิบัติงาน และส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตใจสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา พบว่า ปัจจัยด้านการทำงานส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10]

**ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงาน**

1. ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการเฝ้าระวังและคัดกรองป้องกันภาวะสุขภาพจิต และออกแบบช่วยเหลือบุคลากรตามบริบทให้เหมาะสมต่อไป
2. ควรมีการประเมินและติดตามกลุ่มบุคลากรที่มีความเสี่ยงปัญหาสุขภาพจิตและให้ความดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป**

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพจิตเบื้องต้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต
2. ควรศึกษาวิจัยภาวะสุขภาพจิตในเชิงคุณภาพเพื่อจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุมเพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยการส่งเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม การจัดการความเครียดจากการทำงาน และปัจจัยด้านการทำงานต่อภาวะสุขภาพจิต

## เอกสารอ้างอิง

1. ทิพรดี คงสุวรรณ, ยศกฤต หล่อชัยวัฒนา, สมนึก กุลสถิตพร, สายพิณ โชติวิเชียร, โสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์, อรัญญ ตุ้ยคัมภีร์, อรุณี ลายธีระพงศ์. คู่มือดูแลตนเองเพื่อสุขภาพดีมีความสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
2. ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรสุขภาพ [อินเตอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1015920200519041424.pdf
3. ธำรงเกียรติ อุทัยสาง. COVID-2019 : การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์. วารสาร มจร.หริภุญชัยปริทรรศน์. 2564;5(2):94-107.
4. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สุขภาวะทางจิต [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/psychological-well-being/
5. ศศิธร โยธะบุรี, ณัฏฐ์วรัตถ์ อเนกวิทย์, ภมรพรรณ์ ยุระยาตร์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของบุคลากรโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(3):149-64.
6. สิริภา ศรีสวัสดิ์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564;37(2):74-85.

7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30(3),607-10.
8. วาดฝัน ม่วงอ่ำ, สุดารัตน์ ตันติวิวัทน์. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดของทหารเรือกองทัพเรือ. วารสารพฤติกรรมศาสตร์. 2564;27(1):84-99.
9. รัตนาภรณ์ พันธุ์โพธิ์, นุจรี ไชยมงคล, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตในตำรวจชั้นประทวน. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2559;22(4):460-70.
10. คริสต์มาส ลิ่มรัตนะกุล. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา [สารนิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์]. ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2566.
11. กรมสุขภาพจิต. แบบสอบถาม General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย (Thai GHQ 12-28-30-60) [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/test/download/files/ghq.pdf
12. บุญชม ศรีสะอาด. หลักการวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10.กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์; 2560.
13. มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต. ผู้ใหญ่และการมีวุฒิภาวะ [อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธันวาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://re.kbu.ac.th/pdf_read.php?type=full&p_id=3A2B6C72-2DA9-4206-90DB-EDEE846E0F58
14. ฐิติรัตน์ ดิลกคุณานันท์. ความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2560.
15. ศรินรัตน์ จันทพิมพ์, อัมพรพรรณ ธีรานุตร. ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(3):130-9.
16. Robbin SP. Organizational Behavior. 9th ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1992.

# ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

**จุฑามาศ วงศ์เทววิมาน**[*a]

## บทคัดย่อ

**ที่มาและความสำคัญ:** การหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ รวมทั้งครอบครัวและชุมชน การศึกษานี้จึงใช้การออกกำลังกายซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญในการป้องกัน และลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการทรงตัวและความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

**วิธีการศึกษา:** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก จำนวน 40 คน ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อฝึกเสริมกำลังกล้ามเนื้อและการทรงตัว ปฏิบัติที่บ้าน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ติดตามการออกกำลังกายโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ประเมินผลด้วย Timed Up and Go (TUG) test และแบบประเมินภาวะกลัวการล้มในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ที่ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ p=0.05

**ผลการศึกษา:** หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเดินและการทรงตัว (TUG test) ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และคะแนนความกลัวการหกล้มลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

**สรุป:** การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การฝึกตามโปรแกรมออกกำลังกายร่วมกับการติดตามอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ช่วยเพิ่มความสามารถการเดินและการทรงตัว ลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุได้

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการออกกำลังกาย; ผู้สูงอายุ; การหกล้ม

[*] นายแพทย์ชำนาญการ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลปากช่องนานา จังหวัดนครราชสีมา

[a] Corresponding author: จุฑามาศ วงศ์เทววิมาน Email: aom.juthamas@gmail.com

***รับบทความ: 23 ธ.ค. 67; รับบทความแก้ไข: 20 ม.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 20 ม.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 4 มี.ค. 68***

# Effectiveness of Exercise Program for The Fall Risk Elderly People through Community Participation

**Juthamard Wongthewawimarn**[*a]

## Abstract

**Background:** Falling is a common accident in the elderly, affecting their physical and mental health, as well as their families and communities. This study was conducted using the exercise program, which is an important method for preventing and reducing the risk of falls in the elderly.

**Objective:** To investigate the effects of exercise program on body balance and fear of falling among elderly, with community network participation.

**Methodology:** A quasi-experimental study was conducted with a one group pretest-posttest design. Samples consisted of 40 older adults who met the inclusion and exclusion criteria. The samples participated in the exercise program to strengthen muscles and improve balance, performed at home three times a week for eight weeks. The exercise participation was monitored by village health volunteers. The outcomes were evaluated using Timed Up and Go (TUG) test and Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I) to assess fear of falling in elderly. Data were analyzed using percentages, frequencies, means, standard deviations and paired t-test with significant level p=0.05

**Results:** After participating in the program, the samples showed statistically significant improvement in walking ability and balance (TUG test) compared to before the program ($p<0.05$), while their fear of falling significantly decreased ($p<0.05$)

**Conclusion:** This study demonstrates that the exercise program combined with community participation, improves balance and reduces fear of falling in the elderly.

**Keywords:** Exercise Program; Elderly; Falling

[*] Medical Physician, Professional Level, Family Physician, Department of Social Medicine, Pakchongnana Hospital, Nakhon Ratchasima Province

[a] Corresponding author: Juthamard Wongthewawimarn Email: aom.juthamas@gmail.com

***Received: Dec. 23, 24; Revised: Jan. 20, 25; Accepted: Jan. 20, 25; Published Online: Mar. 4, 25***

## บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมากถึง 1,400 ล้านคน ในปี พ.ศ 2573 และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นต่อเนื่องโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา[1] สำหรับประเทศไทย ประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในทุกปีเช่นเดียวกับสถานการณ์โลก จากสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2566 ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด[2] นับว่าประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่ประสบปัญหาสุขภาพจากภาวะสูงวัย เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบต่าง ๆ ของร่างกายแบบเสื่อมถอยตามอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น ระบบประสาท ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต ระบบหายใจ ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เป็นต้น[3] ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ความแข็งแรงของร่างกาย และสมรรถภาพทางกายลดลง และเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำมาสู่ปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ การพลัดตกหกล้ม[4]

พลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละปีพบผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หกล้มประมาณร้อยละ 28-30 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32-42 ในกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ซึ่งความถี่ของการหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุ และระดับความอ่อนแอของร่างกาย จากการคาดการณ์ในประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มเท่ากับร้อยละ 27 โดยเพศหญิงมีการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.6 เท่า[5-6] การหกล้มเกิดผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ได้แก่ กระดูกสะโพกหัก กระดูกต้นขาหัก หรือการบาดเจ็บที่ศีรษะทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง เกิดภาวะทุพลภาพ หรือการเสียชีวิต ทางด้านจิตใจและสังคม ผู้ที่เคยประสบกับการล้มจะเกิดความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) เกิดความไม่มั่นใจในการเคลื่อนไหว หลีกเลี่ยงการทำกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้ต้องพึ่งพาคนในครอบครัว บางรายเกิดผลกระทบทางจิตใจ กลายเป็น Psychological trauma (Post-fall syndrome) สูญเสียความมั่นใจในการดำรงชีวิต จนอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา นอกจากนี้การหกล้มทำให้เกิดภาระค่ารักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยและการนอนโรงพยาบาล ความต้องการการดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ เพิ่มภาระการดูแลต่อเนื่องในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น[7-8]

จากรายงานการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุอำเภอปากช่อง มีผู้สูงอายุทั้งหมด 27,067 คน คิดเป็นร้อยละ 13.70 ของประชากรทั้งหมด และพบอุบัติการณ์ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2566 ร้อยละ 16.90 ซึ่งการออกกำลังกายเป็นแนวทางวิธีหนึ่งที่ช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งลดการกลัวการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ[9] อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา การให้คำแนะนำการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มของอำเภอปากช่องมีหลากหลายรูปแบบ จำนวนท่าปฏิบัติค่อนข้างมาก เมื่อนำมาปฏิบัติจริงที่บ้าน ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง อีกทั้งยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนหรือการศึกษาถึงประสิทธิผลของรูปแบบการออกกำลังกายในผู้สูงอายุกล่มเสี่ยงของอำเภอมาก่อน ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ในการติดตาม เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาเป็นโปรแกรมการออกกำลังกายต้นแบบ

เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการทำงานร่วมกับชุมชนของอำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการทรงตัวและความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน

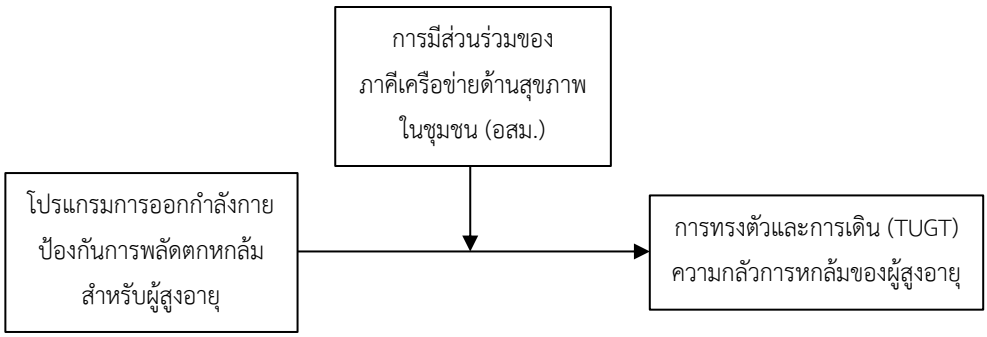
**คำถามการวิจัย**

ประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อการทรงตัวและความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นอย่างไร

**สมมติฐานการวิจัย**

ภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยของการประเมินเวลาการทรงตัวและการเดิน Timed Up and Go (TUG) test ดีขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุลดลง

**กรอบแนวคิดการวิจัย**




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental design) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ (Pretest-posttest one-group design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองม่วง อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 725 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)**

1) ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

2) เดินได้ด้วยตนเอง

3) ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยใช้เวลาในการทดสอบ Timed Up and Go (TUG) test มากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที

4) มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเองได้ตามปกติ (Barthel ADL Index ≥12/20 คะแนน)

5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโต้ตอบภาษาไทยได้

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)**

1) มีประวัติโรคทางระบบประสาทหรือระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่มีผลต่อการทรงตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน

2) มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมการออกกำลังกาย เช่น โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง โรคข้อเข่าเสื่อมแบบรุนแรง และโรคระบบทางเดินหายใจระยะรุนแรง

**การคำนวณขนาดตัวอย่าง**

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 อ้างอิงการทดสอบตามงานวิจัยของหัสยาพร อินทยศ และคณะ[10] ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกัน โดยใช้สถิติ t-test ปรับค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 0.90 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Significance) 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 38 คน และคำนวณเผื่อข้อมูลไม่สมบูรณ์อีกร้อยละ 5 จึงกำหนดจำนวนอาสาสมัครในการศึกษาทั้งหมด 40 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ และประวัติการหกล้มในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงการหกล้ม โดยการทดสอบ Timed Up and Go (TUG) test ใช้สำหรับวัดผลลัพธ์ก่อนและหลังทำการทดลอง มีขั้นตอนดังนี้ ให้ผู้สูงอายุลุกจากท่านั่งพิงเก้าอี้ที่มีที่ท้าวแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร แล้วหมุนกลับตัวมานั่งที่เดิม สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้ ผู้ทดสอบจับเวลาตั้งแต่หลังของผู้ถูกทดสอบออกจากพนักพิง จนกระทั่งผู้ถูกทดสอบกลับมานั่งบนเก้าอี้หลังแตะกับพนักพิง บันทึกเวลา ค่าปกติจะต้องไม่เกิน 12 วินาที

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการหกล้ม Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ 4 ตัวเลือกดังนี้

| | |
|---|---|
| ไม่กังวลหรือไม่กลัว | ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน |
| กังวลหรือกลัวเล็กน้อย | ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน |
| กังวลหรือกลัวปานกลาง | ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน |
| กังวลหรือกลัวมาก | ให้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน |

แบบประเมินภาวะกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการหกล้มฉบับสั้นนี้ ถูกพัฒนาโดย Kempen et al.[11] โดยมีค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient)

เท่ากับ 0.92 และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในกลุ่มจากการการทดสอบและทดสอบซ้ำ (Intraclass Correlation Coefficient: ICC) เท่ากับ 0.83 ได้รับการดัดแปลงแปลเป็นภาษาไทย โดย ศศิพร อุ่นใจชน โดยมีคะแนนรวมความกลัวการหกล้มระหว่าง 7-28 คะแนน ซึ่งจะถูกนำมาแบ่งเป็นระดับภาวะกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการหกล้ม ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ไม่กังวลหรือไม่กลัว 7–8 คะแนน
กังวลหรือกลัวปานกลาง 9–13 คะแนน
กังวลหรือกลัวมาก 14-28 คะแนน

ส่วนที่ 4 โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเสริมกำลังกล้ามเนื้อและการทรงตัว อ้างอิงจากโปรแกรมออกกำลังกายในเอกสารระวังตัวดีไม่มีล้มของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)[12] จัดทำเป็นรูปภาพประกอบการดำเนินการสาธิต และใช้ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน โดยปฏิบัติครั้งละ 3 เซต ต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งมีทั้งหมด 6 ท่า ดังนี้

ท่าที่ 1 ยืนจับพนักเก้าอี้ ฝึกเขย่งส้นเท้าให้สูงขึ้น นับ 1-10 แล้วเอาลง
ท่าที่ 2 ยืนจับพนักเก้าอี้ พับขาขึ้นทีละข้าง นับ 1-10 แล้วเอาลง
ท่าที่ 3 ยืนจับพนักเก้าอี้ เหยียดขาตรงไปด้านข้างปลายเท้าชี้ไปด้านหน้า นับ1-10 แล้วเอาลง
ท่าที่ 4 ยืนจับพนักเก้าอี้ เหยียดขาตรงไปด้านหลัง นับ 1-10 แล้วเอาลง
ท่าที่ 5 ยืนจับพนักเก้าอี้ งอเข่าขึ้นมาด้านหน้า นับ 1-10 แล้วเอาลง
ท่าที่ 6 นั่งบนเก้าอี้เหยียดขาตรงสุด กระดกปลายเท้าขึ้น นับ 1-10 แล้วเอาลง

ส่วนที่ 5 แบบบันทึกการติดตามการออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมวิจัย โดย อสม. เป็นผู้ประเมินและติดตาม ให้เติมคำตอบ ได้แก่ วัน/เดือน/ปี ที่ออกเยี่ยมบ้าน ความถี่ในการออกกำลังกาย และความถูกต้องของการฝึกออกกำลังกาย โดยให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยแสดงท่าการออกกำลังกายแบบย้อนกลับ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

โปรแกรมการออกกำลังกายและเครื่องมือวิจัย ได้รับการตรวจสอบคุณภาพและความถูกต้องโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of consistency: IOC) เท่ากับ 0.98 ได้รับการปรับปรุงตามคำแนะนำ และนำไปทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลปากช่อง พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.79

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

1) ผู้วิจัยประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองม่วง และ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ เพื่อชี้แจงเรื่องขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย การเก็บข้อมูล การประเมิน Timed Up and Go (TUG) test และ สาธิตการฝึกออกกำลังกายตามโปรแกรมที่ถูกต้อง โดยให้ อสม.ได้ร่วมฝึกท่าการออกกำลังกายตามโปรแกรมจริง เพื่อประเมินและตรวจสอบความถูกต้องก่อนโดยผู้วิจัย

2) ทำการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก ขอคำยินยอมจากอาสาสมัครทุกราย หลังจากนั้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลพื้นฐานตามแบบสอบถาม และ ทำแบบประเมินการกลัวการหกล้มก่อนเข้าโปรแกรม (Pre-test)

3) นัดหมายอาสาสมัคร และอสม.ในชุมชนที่เกี่ยวข้อง สอนบรรยายให้ความรู้เรื่องการพลัดตกหกล้ม ให้คำแนะนำแก่อาสาสมัครเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม และสอนฝึกการออกกำลังกายตามโปรแกรมออกกำลังกายเสริมกำลังกล้ามเนื้อและการทรงตัว สาธิตโดยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่รพ.สต. และ ทีม อสม. เป็นแกนนำ พร้อมทั้งให้เอกสารคู่มือการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน

4) ติดตามการออกกำลังกายโดย อสม. แต่ละชุมชน เพื่อให้กำลังใจ กระตุ้นการออกกกำลังกายของอาสาสมัครที่บ้านในสัปดาห์ที่ 2, 4 และ 6

5) สิ้นสุดในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทดสอบ Timed Up and Go (TUG) test และประเมินภาวะกลัวการล้มในผู้สูงอายุ (Post-test)

6) ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM® SPSS Statistics V22.0 ข้อมูลพื้นฐาน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบการทดสอบความสามารถในการทรงตัว TUGT และ คะแนนกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติ Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร**

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลปากช่องนานา เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2567 ใบรับรองเลขที่ ECPC2567010 อาสาสมัครทุกคนได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การรักษาความลับ และสิทธิการถอนตัวจากการวิจัยเมื่อต้องการทันทีโดยที่ไม่มีผลกระทบใด ๆ อาสาสมัครตัดสินใจเข้าร่วมได้ด้วยตนเอง ซึ่งข้อมูลจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม ผู้วิจัยทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัย เมื่ออาสาสมัครยินดีเข้าร่วมจะขอให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัย

## ผลการวิจัย

อาสาสมัครผู้สูงอายุเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 40 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.50 และเพศชายร้อยละ 22.50 มีอายุเฉลี่ย 69.55±6.09 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 60 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 82.50 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการศึกษา ด้านอาชีพ พบว่าไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 47.50 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.50 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 33 คน คิดเป็นร้อยละ 82.50 โดยมียาโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานเป็นประจำ 2-3 ชนิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.50 และพบว่าเคยมีประวัติการหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานของอาสาสมัคร

| ตัวแปร | | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|---|
| **เพศ** | ชาย | 9 | 22.5 |
| | หญิง | 31 | 77.5 |
| **อายุ (ปี) Mean±SD** | 69.55±6.09 | | |
| **สถานภาพ** | โสด | 6 | 15.0 |
| | สมรส | 24 | 60.0 |
| | หย่า/หม้าย | 10 | 25.0 |
| **ระดับการศึกษา** | ไม่ได้รับการศึกษา | 4 | 10.0 |
| | ประถมศึกษา | 33 | 82.5 |
| | มัธยมศึกษา | 2 | 5.0 |
| | ปริญญาตรีขึ้นไป | 1 | 2.5 |
| **อาชีพ** | ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 19 | 47.5 |
| | รับจ้าง | 9 | 22.5 |
| | เกษตรกร | 11 | 27.5 |
| | ค้าขาย | 1 | 2.5 |
| **โรคประจำตัว** | มี | 33 | 82.5 |
| | ไม่มี | 7 | 17.5 |
| **ยาที่รับประทานประจำ** | 0-1 ชนิด | 10 | 25.0 |
| | 2-3 ชนิด | 21 | 52.5 |
| | ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป | 9 | 22.5 |
| **ประวัติการหกล้มภายใน 6 เดือน** | มี | 21 | 52.5 |
| | ไม่มี | 9 | 47.5 |

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าประเมินเวลาการทรงตัวและการเดิน Timed Up and Go (TUG) test เฉลี่ยของกลุ่มอาสาสมัคร ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการติดตามของอสม.ภาคีเครือข่ายในชุมชน เท่ากับ 16.70±2.98 วินาที (Min-Max=13.37-27.92 วินาที) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 14.87±3.68 วินาที (Min-Max=8.67-25.12 วินาที) ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเวลา TUGT ดีขึ้นและมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

สำหรับผลคะแนนประเมินภาวะกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการหกล้มในอาสาสมัครพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้ม 14.15 ± 4.74 คะแนน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายจนครบ 8 สัปดาห์ อาสาสมัครมีค่าเฉลี่ยคะแนนความกลัวการหกล้มลดลงเป็น 9.73 ± 2.83 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังแสดงผลในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าประเมินเวลาการทรงตัวและการเดิน และคะแนนความกลัวการหกล้ม ในอาสาสมัครผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย

| ตัวแปร | ก่อนให้โปรแกรม (Mean±SD) | หลังให้โปรแกรม (Mean±SD) | p-value [a] |
|---|---|---|---|
| ค่า TUGT (วินาที) | 16.70 ± 2.98 | 14.87 ± 3.68 | 0.000* |
| คะแนน Short FES-I (คะแนน) | 14.15 ± 4.74 | 9.73 ± 2.83 | 0.000* |

[a] สถิติ Paired t-test, *p-value<0.05

## การอภิปรายผล

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยให้อาสาสมัครผู้สูงอายุฝึกออกกำลังกายตามโปรแกรมด้วยตนเองที่บ้าน เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ ร่วมกับการติดตามโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านทั้งหมด 3 ครั้ง จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย กลุ่มอาสาสมัครมีความสามารถในการทรงตัวและการเดิน ซึ่งถูกประเมินด้วยค่า TUG test ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า[13-15] ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบผสมผสานอย่างต่อเนื่องในผู้สูงอายุทำให้ค่าประเมิน TUG อัตราการก้าวขา และความเร็วในการเดินเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ลดความเสี่ยงหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาอย่างเป็นระบบของ Catherine Sherrington et al.[16] ที่พบว่าการออกกำลังกายด้านการทรงตัวและด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในชุมชนได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เป็นเพราะ ในผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย รวมทั้งระบบประสาทและมวลกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลต่อการรักษาสมดุลของท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ช้าลง[4] ดังนั้นการออกกำลังกายตามโปรแกรมที่ส่งเสริมการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอ จึงมีส่วนช่วยเพิ่มความสามารถในการเดินและทรงตัวได้ดีมากขึ้น ใช้ระยะเวลาในการเดินลดลง และลดโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ สำหรับด้านการกลัวการหกล้มจากการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย คะแนนความกลัวการหกล้มลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคภูมิ ธาวงศ์[9] ที่พบว่าการออกกำลังกายแบบหลากหลายด้านอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งความกลัวการหกล้มนั้นมีความสำคัญที่จะส่งผลต่อการจำกัดการดำเนินกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตที่ตามมา อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ได้ใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน คืออาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าร่วมในการสนับสนุนติดตาม กระตุ้นการออกกำลังกาย และให้กำลังใจชื่นชม จากบันทึกการติดตามพบว่า อาสาสมัครทุกรายออกกำลังกายตามแผนการประเมิน ทั้งนี้ด้วยจำนวนท่าการออกกำลังกายที่ไม่มากจนเกินไป และไม่ซับซ้อน ทำให้ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้ติดตามเข้าใจง่าย ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการออกกำลังกายให้ได้ตามโปรแกรมจริง

อีกทั้งยังเป็นการเสริมแรงศักยภาพของอสม. ให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมของคนในชุมชนไปด้วยกัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานต่อไป

ดังนั้นการให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มออกกำลังกายตามโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องร่วมกับการติดตามอย่างสม่ำเสมอนั้น ช่วยให้การเดินและการทรงตัวดีขึ้น ความกลัวการหกล้มลดลง และลดความเสี่ยงการหกล้ม สามารถนำมาใช้เป็นรูปแบบในการส่งเสริมการออกกำลังกายร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของชุมชนได้

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องจนครบตามโปรแกรมที่ได้รับ
2. อสม.ผู้ติดตามการออกกำลังกาย ต้องได้รับการฝึกและสามารถออกกำลังกายได้ถูกต้องก่อนที่จะเป็นผู้ประเมินผู้เข้าร่วมงานวิจัย

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

1. การศึกษานี้เป็นเพียงการวัดผลการศึกษาก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมในอาสาสมัครกลุ่มเดียว ดังนั้นการวิจัยต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เที่ยงตรงและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้งอุบัติการณ์ของการหกล้ม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น
3. เนื่องจากการหกล้มมีสาเหตุแบบพหุปัจจัย ดังนั้นควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงอาจนำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเข้ามาศึกษา เพื่อเชื่อมโยงถึงปัญหา อุปสรรค และการแก้ไขตามบริบทส่งเสริมการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน และภาคีเครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มในชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองม่วง อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ และทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing [Internet]. 2024 [cited 2024 May 06]. Available from: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤษภาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449
3. Boss GR, Seegmiller JE. Age-related physiological changes and their clinical significance. West J Med. 1981 Dec;135(6):434-40.
4. Trombetti A, Reid KF, Hars M, Herrmann FR, Pasha E, Phillips EM, Fielding RA. Age-associated declines in muscle mass, strength, power, and physical performance:

impact on fear of falling and quality of life. Osteoporos Int. 2016 Feb;27(2):463-71. doi: 10.1007/s00198-015-3236-5.

5. นิพา ศรีช้าง, ลวิตรา กำวี. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564 [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤษภาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=12095&tid=&gid=1-027
6. ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, แสงศุลี ธรรมไกรสร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, ชลัญธร โยธาสมุทร. ยากันล้ม คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤษภาคม 19]. เข้าถึงได้จาก: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/10/edit-03122020-17.pdf
7. Salari N, Darvishi N, Ahmadipanah M, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. J Orthop Surg Res. 2022 Jun 28;17(1):334. doi: 10.1186/s13018-022-03222-1.
8. Vaishya R, Vaish A. Falls in Older Adults are Serious. Indian J Orthop. 2020 Jan 24;54(1):69-74. doi: 10.1007/s43465-019-00037-x.
9. ภาคภูมิ ธาวงศ์, ก้องไพร ตันสุชาติ. ผลของโปรแกรมออกกำลังกายแบบผสมผสานเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์. 2566;14(2):230-45.
10. หัสยาพร อินทยศ, ฤทธิพล สมฤทธิ์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงล้ม. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566;6(2):e264520.
11. Kempen GI, Yardley L, van Haastregt JC, Zijlstra GA, Beyer N, Hauer K, Todd C. The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling. Age Ageing. 2008 Jan;37(1):45-50. doi: 10.1093/ageing/afm157.
12. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). ระวังตัวดีไม่มีล้ม [อินเตอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤษภาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: http://llln.me/5OqB8mU
13. ปารีส ผุยพาณิชย์สิริ, สมพร สังขรัตน์, ศิรินันท์ บริพันธกุล, ศศิภา จินาจิ้น, กัลยพร นันทชัย, บุษย์ณกมล เรืองรักเรียน. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้มต่อการเดินและความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารกรมการแพทย์. 2564;46(4):74-80.
14. จุฑาทิพย์ รอดสูงเนิน. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายที่มีต่อการทรงตัว และความกลัวการล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(38):541-60.
15. สุริยา ชอลี, มนัสวี ยมสมิต, รัชภรณ์ ใบยา. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถการทรงตัวและป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ. หัวหินเวชสาร. 2564;6(2):1-11.
16. Sherrington C, Michaleff ZA, Fairhall N, Paul SS, Tiedemann A, Whitney J, et al. Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. Br J Sports Med. 2017 Dec;51(24):1750-1758. doi: 10.1136/bjsports-2016-096547.

# ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชาของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

**ฐิรพล ดิชวงศ์[*a], สพิชชา เสมือนใจ[*], สิรินาถ เลิศศรี[*], สุทธินัย จิรสุวรรณประภา[*], สุรินทร สีทา[*], ทวีพงศ์ ช่างเจรจา[**]**

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชาของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

**วัสดุและวิธีการ:** รูปแบบการศึกษาคือ Retrospective descriptive study ศึกษาข้อมูลย้อนหลังของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจากการเสพกัญชาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 31 กรกฎาคม 2566 จำนวน 140 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ Chi-square test และสถิติอนุมาน ได้แก่ Multivariate logistic regression รูปแบบ Adjusted odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**ผลการศึกษา:** ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชา คือ อายุ พบว่า ช่วงวัยอุดมศึกษามีค่า $OR_{adj}$=27.71 (p=0.007) ช่วงวัยทำงานมีค่า $OR_{adj}$=19.56 (p=0.014) เมื่อเทียบกับช่วงวัยน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย และกลุ่มที่มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร่วมกับกัญชามีโอกาสเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชา $OR_{adj}$=3.89 (p=0.017) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เสพกัญชาเพียงอย่างเดียว

**สรุป:** ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชา คือวัยอุดมศึกษา วัยทำงาน และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

**คำสำคัญ:** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสพกัญชา; การเสพกัญชา; ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม

[*] นิสิตแพทย์ ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

[**] นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

[a] Corresponding author: ฐิรพล ดิชวงศ์ Email: Research.taksin@hotmail.com

***รับบทความ: 11 ธ.ค. 67; รับบทความแก้ไข: 20 ม.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 20 ม.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 11 มี.ค. 68***

# Factors Associated with Mental and Behavioral Disorders due to Cannabis Abuse in Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital

**Thirapon Dichawong[*a], Sorphitcha Samueanjai[*], Sirinat Lerdsre[*], Sutthinai Jirasuwanprapa[*], Surinthorn Seetha[*], Taweepong Changjaeraja[**]**

## Abstract

**Objective:** To study factors associated with mental and behavioral disorders due to cannabis abuse in Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital.

**Material and methods:** The study was a retrospective descriptive study. Data were collected from medical records and HOSxP, Somdet Phra Chao Taksin Maharat Hospital, using the data from 1 January 2020 to 31 July 2023. A total of 140 cases were successfully analyzed by computer program using descriptive statistics including frequencies, percentages, means, and standard deviations and inferential statistics using chi-square tests, multivariate logistic regression, and adjusted odds ratio with significance level set at p=0.05.

**Result:** The adjusted odds ratio in college and working age groups relative to mental and behavioral disorders was 27.71 (p=0.007) and 19.56 (p=0.014) respectively when compared to the below high school age group ($OR_{adj}$=27.71, p=0.007). The group that used cannabis with co-substances had significantly greater chance of having mental and behavioral disorders ($OR_{adj}$=3.89, p=0.017) than those who used cannabis only.

**Conclusion:** Factors associated with mental and behavioral disorders due to cannabis abuse were college and working age groups and the group with co-substance abuse.

**Keywords:** Factor associate cannabis use disorder; Cannabis abuse; Mental and behavioral disorder

[*] Medical Student, Medical Education Center, Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital, Tak Province

[**] Medical Physician, Professional Level, Department of Social Medicine, Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital, Tak Province

[a] Corresponding author: Thirapon Dichawong Email: Research.taksin@hotmail.com

***Received: Dec. 11, 24; Revised: Jan. 20, 24; Accepted: Jan. 20, 24; Published Online: Mar. 11, 25***

## บทนำ

กัญชา (Marijuana หรือ Cannabis) หมายถึง สารประกอบทางชีวภาพจากกลุ่มพืช Genus cannabis (Sativa และ Indica species) สารสำคัญที่พบในกัญชามีหลายร้อยชนิด พบได้ในส่วนต่าง ๆ ได้แก่ ใบ ดอก เมล็ดและลำต้น สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามโครงสร้างทางเคมีคือ 1) Cannabinoids 2) Terpenoids และ 3) Flavonoids สารที่พบส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม Cannabinoids ประกอบด้วย Tetrahydrocannabinol (THC) Cannabinol (CBN) และ Cannabidiol (CBD) โดย THC เป็นสารที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท ส่วน CBN ไม่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท[1] ด้วยคุณสมบัติของสารสำคัญกลุ่ม Cannabinoids ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย จึงนำมาใช้ประโยชน์ทางการรักษาโรคและบรรเทาอาการของโรคหลายชนิด ในหลายประเทศมีการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์ตั้งแต่สมัยโบราณจนถึงปัจจุบัน[2]

จากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า หลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรค ซึ่งจากรายงานการศึกษาที่พบว่า สาเหตุของการรักษาโดยใช้ยากัญชาที่พบมากที่สุดคือ ใช้ระงับความปวด การนอนหลับ ความเครียด และอาการคลื่นไส้ (พบมากสุดร้อยละ 30)[3] สำหรับการใช้กัญชาเพื่อนันทนาการมักสัมพันธ์กับการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ การศึกษาที่ประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาวติดตามเด็กจำนวน 1,265 คน ตลอด 25 ปี พบว่า ความถี่ของการใช้กัญชามีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการใช้สิ่งเสพติดผิดกฎหมายอื่น ๆ นั่นคือ กัญชาเป็นเสมือน Gateway drug ของสิ่งเสพติดอื่น ๆ อีกหลายประเภท โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น[4] และเนื่องจากกัญชามีฤทธิ์ทางระบบประสาท จากการศึกษาของรัศมน กัลป์ยาศิริ และคณะ เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคจิตเวชที่สัมพันธ์กับการใช้กัญชาและประโยชน์ทางการแพทย์ พบว่า การใช้กัญชาอย่างต่อเนื่อง การใช้ในปริมาณมากเริ่มใช้ตั้งแต่อายุยังน้อย และระดับความรุนแรงในการเสพติดกัญชา อาจมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเป็นโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์ และโรคจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้กัญชาอย่างต่อเนื่องในปริมาณมาก[5]

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบในงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาร THC หรือสาร CBD ในการรักษา สามารถแบ่งเป็นชนิดไม่รุนแรงร้อยละ 96.6 และชนิดรุนแรงร้อยละ 3.4 โดยอาการไม่พึงประสงค์ชนิดไม่รุนแรง พบมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับยาหลอก คืออาการวิงเวียนศีรษะ (พบมากสุดร้อยละ 15.5) สำหรับอาการไม่พึงประสงค์ชนิดรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ อาการที่ทรุดตัวของผู้ป่วยโรค Multiple sclerosis ร้อยละ 12.8[6]

ประเทศไทยได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 ให้กัญชาถูกผ่อนปรนจากการเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 เพื่อนำมาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยได้ แต่ยังไม่อนุญาตให้ใช้เพื่อนันทนาการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2563 ได้มีประกาศให้มีการกำหนดให้ส่วนต่าง ๆ ของพืชกัญชาและกัญชง เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้ปลูก ผลิต หรือสกัดในประเทศไทย ให้สามารถนาไปใช้ประโยชน์ได้โดยไม่จัดเป็นยาเสพติด และล่าสุด พ.ศ. 2565 ได้มีการระบุว่า ยาเสพติดคือสารสกัดจากทุกส่วนของพืชกัญชาหรือกัญชง ซึ่งเป็นพืชในสกุล Cannabis ยกเว้น สารสกัดดังต่อไปนี้ 1) สารสกัดที่มีปริมาณสาร THC ไม่เกินร้อยละ 0.2 โดยน้ำหนัก เฉพาะที่ได้รับอนุญาตให้สกัดจากพืชกัญชาหรือกัญชง ที่ปลูกภายในประเทศ 2) สารสกัด

จากเมล็ดของพืชกัญชาหรือกัญชง ที่ได้จากการปลูกภายในประเทศ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเกิดช่องว่างทางกฎหมาย ส่งผลให้มีการนำกัญชามาใช้โดยไม่ผ่านการสกัด ทำให้เกิดการใช้กัญชาเพื่อการนันทนาการเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน และคณะ ทำการศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของความชุก และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจากการใช้กัญชาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการประกาศให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมาย พ.ศ. 2562 พบว่า ภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย ความชุกของผู้ป่วยเนื่องจากการใช้กัญชามากขึ้น จาก 2.6 ต่อ 100,000 ประชากร เป็น 10.6 ต่อ 100,000 ประชากร ช่องทางการใช้ที่พบมากที่สุด คือ น้ำมันกัญชาโดยหยด ใต้ลิ้น อาการนำที่พบบ่อยที่สุด คือ คลื่นไส้ อาเจียน และพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง สาเหตุที่ใช้กัญชามากที่สุดเพื่อผ่อนคลาย และพบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลด้วยอาการข้างเคียงของกัญชามากขึ้น จาก 4 คนในปี 2561 เป็น 15 คนในปี 2562[7]

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกแพทย์แผนไทย และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตาก (Primary care cluster) ให้บริการกัญชาทางการแพทย์กับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลประคับประคอง ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวด แต่จากการศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยและโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย HOSxP พบว่ามีผู้ป่วยที่เสพกัญชามาเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ด้วยอาการความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ที่มีแนวโน้นเพิ่มสูงขึ้นหลังจากประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชาของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาและหาแนวทาง ดำเนินงานการป้องกันการความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการเสพกัญชาต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชาของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย**

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิเคราะห์เชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ในผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจากการเสพกัญชาของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ปี 2563-2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรคือกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจากการเสพกัญชาของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 31 กรกฎาคม 2566 จำนวน 140 ราย การศึกษาครั้งนี้ ศึกษากับประชากรทั้งหมดที่มารับการรักษาจากการเสพกัญชา จำนวน 140 ราย

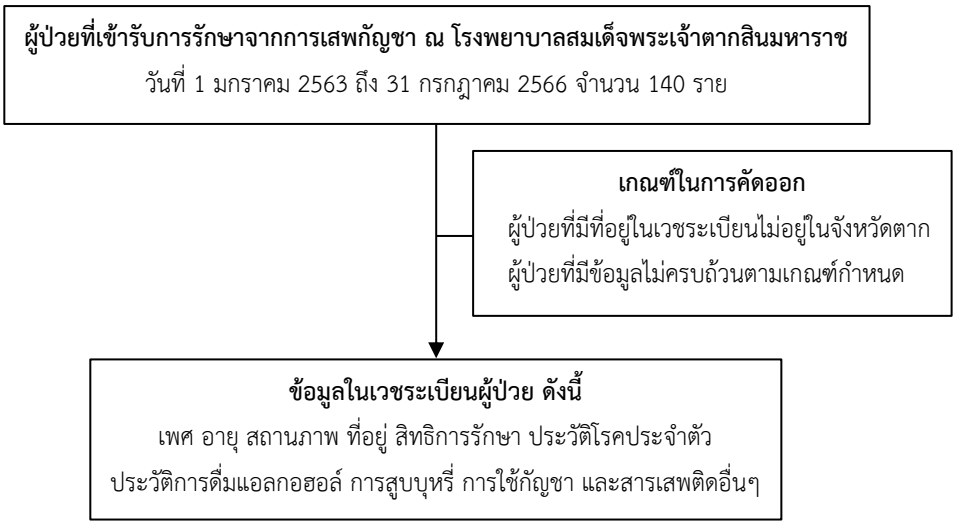
**เกณฑ์คัดเข้า**

ผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาจากการเสพกัญชาของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 31 กรกฎาคม 2566 จากระบบ HOSxP และเวชระเบียนผู้ป่วย

**เกณฑ์คัดออก**

1) ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ในระบบ HOSxP หรือเวชระเบียนไม่อยู่ในจังหวัดตาก

2) ข้อมูลผู้ป่วยที่มีตัวแปรต้นไม่ครบถ้วน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ที่อยู่ (อำเภอ) สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ และสารเสพติดอื่น ๆ ยกเว้น กัญชา




**ภาพที่ 1** แผนการวิจัย (Study flow)

**เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

แฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เสพกัญชาจากเวชระเบียน และข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งประกอบไปด้วยแบบบันทึกข้อมูล ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สิทธิการรักษา ที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ ประวัติการสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดอื่น ๆ ยกเว้นกัญชา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย คือ ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD-10 รหัส F120-128 ในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยแบ่งข้อมูลออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

**1) ข้อมูลเชิงพรรณนา** ข้อมูลแสดงลักษณ์ประชากรนำสนอดด้วยจำนวนและร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลด้วย Chi-square test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

**2) ข้อมูลเชิงอนุมาณ** หาค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมในผู้ที่เสพกัญชาโดยการใช้ Multiple logistic regression แสดงโดยใช้ค่า Adjusted odds ratio กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

**การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล**

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เลขที่14/2566 เมื่อวันที่ 28 สิงหาคม 2566 ได้เก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เสพกัญชาจากเวชระเบียนและข้อมูลผู้ป่วยจากระบบ HOSxP โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดยข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้สำหรับการศึกษาวิจัยเท่านั้น และข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอและการเผยแพร่ข้อมูลจะกระทำในภาพรวม ไม่มีการระบุ ชื่อ-นามสกุล หรืออัตลักษณ์ใด ๆ ที่จะนำไปสู่การเปิดเผยตัวตนของผู้ร่วมในงานวิจัยครั้งนี้

## ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 93.6 (อายุเฉลี่ย 29±17.68 ปี) สถานภาพโสด ร้อยละ 80 อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 57.9 สิทธิในการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 82.9 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.6 มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.7 ประวัติการสูบบุหรี่ ร้อยละ 52.1 และไม่มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ยกเว้นกัญชา ร้อยละ 74.3 แสดงลักษณะทั่วไปของประชากร ตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากการเสพกัญชา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

| ลักษณะที่ศึกษา | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 131 | 93.6 |
| หญิง | 9 | 6.4 |
| **อายุ** | | |
| ช่วงวัยน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย | 17 | 12.1 |
| ช่วงวัยมัธยมศึกษาตอนปลาย | 32 | 22.9 |
| ช่วงวัยอุดมศึกษา | 25 | 17.9 |
| ช่วงวัยทำงาน | 54 | 38.6 |
| ช่วงวัยสูงอายุ | 12 | 8.6 |
| **สถานภาพ** | | |
| โสด | 112 | 80.0 |
| สมรส | 25 | 17.9 |
| หย่าร้าง/หม้าย | 3 | 2.1 |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากการเสพกัญชา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

| ลักษณะที่ศึกษา | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ที่อยู่ (อำเภอ)** | | |
| เมือง | 81 | 57.9 |
| นอกเมือง | 59 | 42.1 |
| **สิทธิการรักษา** | | |
| สิทธิข้าราชการ | 8 | 5.7 |
| ประกันสังคม | 9 | 6.4 |
| ประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 116 | 82.9 |
| ชำระเงินเอง | 7 | 5.0 |
| **โรคประจำตัว** | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 110 | 78.6 |
| โรคทางจิตเวช | 12 | 8.6 |
| โรคประจำตัวอื่น ๆ | 18 | 12.9 |
| **ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์** | | |
| ดื่ม | 71 | 50.7 |
| ไม่ดื่ม | 69 | 49.3 |
| **ประวัติการสูบบุหรี่** | | |
| สูบ | 73 | 52.1 |
| ไม่สูบ | 67 | 47.9 |
| **สารเสพติดอื่น ๆ ยกเว้น กัญชา** | | |
| เคยใช้ | 36 | 25.7 |
| ไม่เคยใช้ | 104 | 74.3 |

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชา โดยศึกษาจากลักษณะทั่วไปของประชากรพบว่า เพศไม่สัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ($p=0.551$) ช่วงอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สถานภาพสมรสไม่สัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ($p=0.891$) ที่อยู่อาศัยในระดับอำเภอสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ($p=0.008$) สิทธิการรักษาไม่สัมพันธ์เกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ($p=0.569$) ประวัติโรคประจำตัวไม่สัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ($p=0.506$) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ($p<0.01$) ประวัติการสูบบุหรี่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ($p<0.01$) ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ยกเว้นกัญชาสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม

($p<0.01$) แสดงจำนวนและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชาตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากการเสพกัญชา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

| ลักษณะที่ศึกษา | เกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม | | ไม่เกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| **เพศ** | | | | | 0.551 |
| ชาย | 57 | 95.0 | 74 | 92.5 | |
| หญิง | 3 | 5.0 | 6 | 7.5 | |
| **อายุ** | | | | | <0.01* |
| ช่วงวัยน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย | 1 | 1.7 | 16 | 20.0 | |
| ช่วงวัยมัธยมศึกษาตอนปลาย | 9 | 15.0 | 23 | 28.8 | |
| ช่วงวัยอุดมศึกษา | 16 | 26.7 | 9 | 11.3 | |
| ช่วงวัยทำงาน | 31 | 51.7 | 23 | 28.8 | |
| ช่วงวัยสูงอายุ | 3 | 5.0 | 9 | 11.3 | |
| **สถานภาพสมรส** | | | | | 0.891 |
| โสด | 49 | 81.7 | 63 | 78.8 | |
| สมรส | 10 | 16.7 | 15 | 18.8 | |
| หย่าร้าง/ม่าย | 1 | 1.7 | 2 | 2.5 | |
| **ที่อยู่ (อำเภอ)** | | | | | 0.008* |
| เมืองตาก | 27 | 45.0 | 54 | 67.5 | |
| นอกเมือง | 33 | 55.0 | 26 | 32.5 | |
| **สิทธิการรักษา** | | | | | 0.569 |
| สิทธิข้าราชการ | 2 | 3.3 | 6 | 7.5 | |
| ประกันสังคม | 3 | 5.0 | 6 | 7.5 | |
| หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 51 | 85.0 | 65 | 81.3 | |
| ชำระเงินเอง | 4 | 6.7 | 3 | 3.8 | |
| **โรคประจำตัว** | | | | | 0.506 |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 45 | 75.0 | 65 | 81.3 | |
| โรคทางจิตเวช | 7 | 11.7 | 5 | 6.3 | |
| โรคประจำตัวอื่น ๆ | 8 | 13.3 | 10 | 12.5 | |

**ตารางที่ 2** (ต่อ) ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชา ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจากการเสพกัญชา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

| ลักษณะที่ศึกษา | เกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม | | ไม่เกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | |
| **ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์** | | | | | <0.01* |
| ดื่ม | 44 | 73.3 | 27 | 33.8 | |
| ไม่ดื่ม | 16 | 26.7 | 53 | 66.3 | |
| **ประวัติการสูบบุหรี่** | | | | | <0.01* |
| สูบ | 42 | 70.0 | 31 | 38.8 | |
| ไม่สูบ | 18 | 30.0 | 49 | 61.3 | |
| **สารเสพติดอื่น ๆ ยกเว้นกัญชา** | | | | | <0.01* |
| เคยใช้ | 27 | 45.0 | 9 | 11.3 | |
| ไม่เคยใช้ | 33 | 55.5 | 71 | 88.8 | |

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ความเสี่ยงสัมพัทธ์ระหว่างตัวแปรลักษณะประชากรกับการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรม โดยนำมาวิเคราะห์ด้วย Multivariate logistic regression ด้วยวิธี Enter พบว่า ช่วงอายุวัยอุดมศึกษา (adjusted OR 27.71, p-value=0.007) และวัยทำงาน (adjusted OR 19.56, p-value=0.014) มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมสูงกว่าช่วงวัยน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ และกลุ่มที่มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ยกเว้นกัญชา (adjusted OR 3.18, p-value=0.017) มีความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดอาการทางจิตและพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ตัวแปรอื่นไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสพกัญชากับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression

| ปัจจัย | Adjusted OR | p-value |
|---|---|---|
| **อายุ** | | |
| ช่วงวัยน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย | Ref | Ref |
| ช่วงวัยมัธยมศึกษาตอนปลาย | 7.121 | 0.103 |
| ช่วงวัยอุดมศึกษา | 27.71 | 0.007* |
| ช่วงวัยทำงาน | 19.56 | 0.014* |
| ช่วงวัยสูงอายุ | 8.06 | 0.167 |

**ตารางที่ 3** (ต่อ) ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเสพกัญชากับความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการวิเคราะห์แบบ Multiple logistic regression

| ปัจจัย | Adjusted OR | p-value |
|---|---|---|
| **เพศ (เทียบกับเพศหญิง)** | 0.957 | 0.965 |
| **สถานภาพสมรส** | | |
| โสด | 11.09 | 0.1 |
| สมรส | 7.78 | 0.19 |
| หย่าร้างหรือหม้าย | Ref. | Ref. |
| **ที่อยู่ (เทียบกับในเขตอำเภอเมือง)** | 0.44 | 0.083 |
| **สิทธิการรักษา** | | |
| ข้าราชการ | 0.56 | 0.639 |
| ประกันสังคม | 0.23 | 0.221 |
| ประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 0.69 | 0.676 |
| ชำระเงินเอง | Ref | Ref |
| **โรคประจำตัว** | | |
| ไม่มีโรคประจำตัว | 1.34 | 0.69 |
| โรคทางจิตเวช | 0.68 | 0.70 |
| โรคอื่น ๆ | Ref | Ref |
| **ประวัติการสูบบุหรี่** | 1.23 | 0.743 |
| **ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์** | 3.31 | 0.056 |
| **ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ยกเว้นกัญชา** | 3.89 | 0.017* |

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

## อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยอุดมศึกษามีโอกาสเกิดโรคทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชา 27 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงวัยน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ($p=0.007$) และช่วงวัยทำงานมีโอกาสเกิดโรคทางจิตและพฤติกรรม จากการเสพกัญชา 19 เท่า เมื่อเทียบกับช่วงวัยน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ($p = 0.014$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์ ศิลปะสะคราญ และคณะ ได้ทำการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า ผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี และอายุระหว่าง 31-40 ปี จะเกิดโรคจิตเวชมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 95 และ 95.8[10] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Hosseine & Oremus ได้ทำศึกษาแบบ Systematic reviews เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มใช้กัญชากับอาการของโรคทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า หรือความวิตกกังวลของเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี ผลจากการใช้กัญชาทำให้เกิดผลทางจิตเวช มีหนึ่งการศึกษาพบว่า ใช้กัญชาก่อนอายุ 25 ปี มีความเสี่ยงสูงเป็นโรคซึมเศร้า/วิตกกังวล (OR 2.2,95% CI)[11]

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มที่มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ร่วมกับกัญชา มีโอกาสเกิดโรคทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชา 3 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เสพกัญชาเพียงอย่างเดียว (p=0.046) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์ ศิลปะสะคราญ และคณะ ได้ทำการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้กัญชาแห้ง โดยวิธีการสูบ ร้อยละ 100 มีการใช้ยาบ้าร่วมด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.2 พบว่า ผู้ป่วยเสพติดกัญชามีความชุกของการเกิดโรคทางจิตเวชสูงถึงร้อยละ 91.5 โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ โรคจิต (Psychotic disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) และ โรคทางอารมณ์ (Mood disorder) คิดเป็นร้อยละ 83.7, 64.9 และ 56.1 ตามลำดับ[10] และสอดคล้องกับการศึกษาของ Helle ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สารเสพติดกับอายุที่เริ่มมีอาการจิตเภท พบว่า กลุ่มผู้ที่ใช้สารเสพติด จำนวน 627 คน จะเริ่มป่วยและมีอาการทางจิตเวช เมื่ออายุ 23 ปี (SD=7.1) ซึ่งเร็วกว่ากลุ่มที่หยุดใช้ยาเสพติดที่จะเกิดอาการทางจิตเวชเมื่ออายุ 25.9 ปี (SD=9.7)[12] แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่ใช้ยาและสารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเกิดอาการทางจิตและโรคจิตเวชได้เร็วกว่าผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เริ่มใช้ยาเสพติดเมื่ออายุมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jefsen OH ได้ทำการศึกษาถึงความผิดปกติที่เกิดจากการใช้กัญชาต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าขั้วเดียว (Unipolar depression) และโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) ในประชากรชาวเดนมาร์ก พบว่า ปัจจัยการใช้สารเสพติดอื่น ๆ มีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าขั้วเดียว และโรคอารมณ์สองขั้ว[9]

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านเพศและสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชา สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรงค์ ศิลปะสะคราญ และคณะ ได้ทำการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ผลการศึกษาพบว่า เพศและสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับอาการและอาการแสดงของโรคทางจิตที่ระดับนัยสำคัญ 0.05[10] และการศึกษาของ Hosseine & Oremus ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มใช้กัญชากับอาการของโรคทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า หรือความวิตกกังวลของเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี ผลจากการใช้กัญชาทำให้เกิดผลทางจิตเวช พบว่า การใช้กัญชาและโรคทางจิตไม่ขึ้นกับเพศ[11]

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์การการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชา ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Jefsen OH ที่ศึกษาถึงความผิดปกติที่เกิดจากการใช้กัญชาต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าขั้วเดียว และโรคอารมณ์สองขั้ว ในประชากรชาวเดนมาร์กในกลุ่มที่มีการเสพกัญชาร่วมกับการใช้แอลกอฮอล์และสูบบุหรี่[9]

ปัจจัยในด้านที่อยู่อาศัยในระดับอำเภอ สิทธิการรักษา และโรคประจำตัวอื่น ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชาและไม่พบการศึกษาถึงปัจจัยข้างต้นจากการศึกษาอื่น ๆ

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ช่วงวัยอุดมศึกษาและวัยทำงาน มีโอกาสเกิดโรคทางจิตและพฤติกรรมจากการเสพกัญชามากกว่าช่วงวัยอื่น และหากมีการใช้กัญชาร่วมกับใช้สารเสพติดอื่น ๆ จะทำให้

มีโอกาสเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการเสพกัญชาเพียงอย่างเดียว ดังนั้น จึงควรเฝ้าระวังการเกิดความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมในกลุ่มที่ช่วงวัยอุดมศึกษาและวัยทำงานและในกลุ่มที่ใช้กัญชาร่วมกับการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

**ข้อเสนอแนะทางคลินิก**

1. ควรเฝ้าระวังการเกิดโรคทางจิตและพฤติกรรมในกลุ่มที่ช่วงวัยอุดมศึกษาและวัยทำงานและในกลุ่มที่ใช้กัญชาร่วมกับการใช้สารเสพติดอื่น ๆ
2. พัฒนาแนวทางการเก็บข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการเสพกัญชา เช่น สาเหตุที่เสพกัญชา วิธีการเสพกัญชา ระยะเวลาที่เสพ ปริมาณการเสพต่อวัน หรือความถี่ในการเสพกัญชาของแต่ละบุคคล

**ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป**

1. ควรทำการศึกษาแบบ Cohort study โดยการใช้แบบสอบถามและออกแบบเครื่องมือบันทึกข้อมูลเพื่อให้การเก็บข้อมูลอย่างครบถ้วนและสมบูรณ์ อีกทั้งจะช่วยให้เก็บข้อมูลหรือศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพกัญชาได้ดีขึ้น
2. อาจมีการศึกษาต่อเนื่องโดยศึกษาการเสพกัญชาที่ระบุขนาด ปริมาณ รูปแบบการเสพเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ ดร.ชำนาญ ปินนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก นพ.ทวีพงศ์ ช่างเจรจา ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ผศ.(พิเศษ) พญ.รุจาภา เพชรเจริญ ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู นางสาวพิมพ์ประไพ จึงกะแพ นักวิชาการสถิติ นางสาวสุดา สนั่นบุญอุดม ผู้ช่วยนักวิจัย นายวรสิทธิ์ เจริญศิลป์ นักวิชาการศึกษา เจ้าหน้าที่แผนกจิตเวช และเจ้าหน้าที่แผนกแพทย์แผนไทย

## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องระบุชื่อยาเสพติดให้โทษในประเภท 5 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 สิงหาคม 15]; 218: [หน้า1-3]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/E/218/T_0001.PDF
2. นริศรา คำแก่น, เจริญ ตรีศักดิ์. กัญชาทางการแพทย์สำหรับมะเร็ง. J Chulabhorn Royal Acad. 2019;1(1):16-29.
3. Lake S, Walsh Z, Kerr T, Cooper ZD, Buxton J, Wood E, et al. Frequency of cannabis and illicit opioid use among people who use drugs and report chronic pain: A longitudinal analysis. PLoS Med. 2019 Nov 19;16(11):e1002967. doi: 10.1371/journal.pmed.1002967.

4. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Cannabis use and other illicit drug use: testing the cannabis gateway hypothesis. Addiction. 2006 Apr;101(4):556-69. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01322.x.
5. รัศมน กัลป์ยาศิริ, สกล ศรีสุขล้อม. แคนนาบิสกับโรคจิตเวช: ปัจจัยเสี่ยงและประโยชน์ทางการแพทย์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(4):360-74.
6. จินตภาพ ด้วงดำรง, กุลลภัสสรณ์ จำปาเงินทวีศรี, เยาวเรศ สติยศ, สิริกานต์ ภูโปร่ง, ณัชกร ล้ำเลิศกิจ, ประวิทย์ อัครเสรีนันท์. หลักฐานเชิงประจักษ์ของการใช้กัญชาทางการแพทย์ และการเปรียบเทียบข้อบ่งใช้ตำรับยากัญชาตามองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยกับการแพทย์แผนตะวันตก. Siriraj Medical Bulletin. 2565;15(3):155-63.
7. ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน, กุลชา โทนานนท์, แพรว โคตรรุฉิน, สุดา วรรณประสาท. การศึกษาความชุกและลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยจากการใช้กัญชาเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการประกาศให้มีการใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างถูกกฎหมาย พ.ศ. 2562 ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2563;2(2):17-36.
8. บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. อาการจิตเวชที่สัมพันธกับผู้ที่ใชกัญชาทางการแพทย์. ศรีนครินทรเวชสาร 2565;37(1):82-92.
9. Jefsen OH, Erlangsen A, Nordentoft M, Hjorthøj C. Cannabis Use Disorder and Subsequent Risk of Psychotic and Nonpsychotic Unipolar Depression and Bipolar Disorder. JAMA Psychiatry. 2023 Aug 1;80(8):803-810. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.1256.
10. ณรงค์ ศิลปะสะคราญ, นันทา ชัยพิชิตพันธ์. ความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ป่วยเสพติดกัญชาที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. วารสารกรมการแพทย์. 2563;45(1):12-20.
11. Hosseini S, Oremus M. The Effect of Age of Initiation of Cannabis Use on Psychosis, Depression, and Anxiety among Youth under 25 Years. Can J Psychiatry. 2019 May;64(5):304-312. doi: 10.1177/0706743718809339.
12. Miller AP, Baranger DAA, Paul SE, Hatoum AS, Rogers C, Bogdan R, Agrawal A. Characteristics Associated With Cannabis Use Initiation by Late Childhood and Early Adolescence in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study. JAMA Pediatr. 2023 Aug 1;177(8):861-863. doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.1801.
13. Helle S, Ringen PA, Melle I, Larsen TK, Gjestad R, Johnsen E, et al. Cannabis use is associated with 3 years earlier onset of schizophrenia spectrum disorder in a naturalistic, multi-site sample (N=1119). Schizophr Res. 2016 Jan;170(1):217-21. doi: 10.1016/j.schres.2015.11.027.

# ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้า อายุครรภ์ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

**สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล[*a] พงษ์ศักดิ์ จันทร์งาม[**]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อายุครรภ์ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด ในมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดในแผนกสูตินรีเวช โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 271 คน โดยใช้แบบประเมินความเครียด ST5 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า EPDS ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.74 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าความชุกของความเครียดหลังคลอดระดับปานกลางถึงระดับสูงร้อยละ 17.5 และเป็นระดับสูงร้อยละ 2.8 ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 9.2 คลอดก่อนกำหนดร้อยละ 16.6 และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยร้อยละ 9.2 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ($r=0.554$, $p<0.001$) น้ำหนักทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุครรภ์ก่อนคลอด ($r=0.325$, $p<0.001$) ความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ก่อนคลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด ($p>0.05$)

สรุป ความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีความชุกสูง จึงเป็นข้อมูลสนับสนุนการจัดทำโปรแกรมในการป้องกันภาวะดังกล่าวต่อไป

**คำสำคัญ:** ความเครียดหลังคลอด; ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด; การคลอดก่อนกำหนด; ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

[*] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

[**] สูติแพทย์ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

[a] Corresponding author: สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล E-mail: soianu@kku.ac.th

***รับบทความ: 4 ม.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 24 ม.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 25 ม.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 12 มี.ค. 68***

# The Correlation between Stress, Depression, Prenatal Gestational Age, and Birth Weight among Postpartum Mothers at Chum Phae Hospital, Khon Kaen Province

**Soiy Anusornteerakul[*a] Pongsak Junngam[**]**

## Abstract

This descriptive correlational study aimed to determine prevalence of postpartum stress, postpartum depression, preterm labor, and low birth weight, and to study correlations between postpartum stress and depression, prenatal gestational age, and birth weight. Samples consisted of 217 mothers 48-72 hours after delivery in the obstetrics and gynecology department, Chum Phae hospital, Khon Kaen province. Tools used in the study were the ST5 stress assessment, and the EPDS assessment, which tested for reliability yielding Cronbach's alpha coefficients of 0.74 and 0.80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient analysis.

Results found that prevalence of postpartum stress was mostly at a moderate level (17.5%) followed by a high level (2.8%). Postpartum depression was at 9.2 percent, preterm labor was at 16.6 percent, and low birth weight was at 9.2 percent. Stress was positively correlated with postpartum depression ($r=0.554$, $p<0.001$). Birth weight was also positively correlated with prenatal gestational age ($r=0.325$, $p<0.001$). Postpartum stress and depression were not correlated with prenatal gestational age, and birth weight ($p>0.05$).

Conclusion: postpartum stress, depression, preterm labor, and low birth weight were at high prevalence. Therefore, it is data supporting the development of a program to prevent these conditions.

**Keywords:** Postpartum stress; Postpartum depression; Preterm labor; Low birth weight

[*] Lecturer, Faculty of Nursing, Rachathani University, Udon Thani Campus

[**] Obstetrician, Chumphae Hospital, Khon Kaen Province

[a] Corresponding author: Soiy Anusornteerakul E-mail: soianu@kku.ac.th

***Received: Jan. 4, 25; Revised: Jan. 24, 25; Accepted: Jan. 25, 25; Published Online: Mar. 12, 25***

## บทนำ

ความเหนื่อยล้าจากการคลอด ความกังวลที่ต้องปรับบทบาท ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ตลอดจนความคาดหวังของสังคมในระยะหลังคลอด ทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียด ความเครียดในระยะหลังคลอดเป็นสัญญาณสำคัญที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด[1] ความเครียดหลังคลอดพบได้ร้อยละ 14.3[2] ภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบร้อยละ 8.4-13.8 [2-3] การศึกษาในต่างประเทศพบร้อยละ 10.2-13.6[4-5] ความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความชุกแตกต่างกันตามลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและเกณฑ์การประเมิน สถานที่ศึกษา สถานการณ์ในขณะทำการศึกษา และระยะเวลาในการประเมินหลังคลอด ความเครียดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีผลทำให้การหลั่งน้ำนมลดลง มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดากับทารกและการเลี้ยงดูทารก การปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นมารดาล่าช้า[6] โดยเฉพาะการปรับตัวและการเลี้ยงดูทารกที่คลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย[6]

การคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของมารดาและทารกแรกเกิดที่พบได้มาก สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดของไทยในปี พ.ศ. 2564-2565 พบร้อยละ 12.5 และ 11.6 ตามลำดับ[7-8] ในปี พ.ศ. 2563-2565 จังหวัดขอนแก่นพบร้อยละ 9.6, 9.4 และ 9.8 ตามลำดับ ส่วนโรงพยาบาลขอนแก่นพบร้อยละ 12.0, 13.0 และ 11.0 ตามลำดับ[9] สูงกว่าเกณฑ์เขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 9[9] และกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายอัตราการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 7[7-8] ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนดส่วนใหญ่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอน แต่มีปัจจัยชักนำบางอย่างที่อาจจะเป็นสาเหตุของการเจ็บครรภ์และคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ เคยมีประวัติคลอดก่อนกำหนด ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อในช่องคลอด ครรภ์แฝด ครรภ์แฝดน้ำ เนื้องอกที่มดลูก ปากมดลูกหลวม มีประวัติเคยถ่างขยายและขูดมดลูก รกเกาะต่ำ รกลอกตัวก่อนกำหนด ติดสารเสพติด มารดาวัยรุ่น มารดาอายุมากกว่า 40 ปี ทุพโภชนาการ โลหิตจาง เศรษฐานะทางสังคมต่ำ[7-8] ซึ่งยังขาดการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตใจ

คลอดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากที่สุด[11] ทารกคลอดก่อนกำหนดและมีน้ำหนักตัวน้อย มักมีการพัฒนาของอวัยวะต่าง ๆ ไม่เต็มที่โดยเฉพาะปอด หายใจลำบาก (Respiratory distress syndrome: RDS) หอบเหนื่อยจนถึงหัวใจล้มเหลว บางรายอาจมีอาการตัวเหลือง (Hyperbilirubinemia) มีความพิการทางสมอง (Kernicterus) ขาดเลือดไปเลี้ยงลำไส้เล็ก การดูดนมได้ไม่ดี น้ำตาลในเลือดต่ำ แคลเซียมต่ำ โซเดียมต่ำ จอประสาทตาผิดปกติ (Retinopathy of prematurity) อุณหภูมิร่างกายต่ำ ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานไม่ได้ตามปกติ อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง ติดเชื้อในกระแสเลือด[12] มารดาที่คลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย มักจะต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้มารดาและครอบครัววิตกกังวลจากการได้รับการรักษา วิตกกังวลเกี่ยวกับทารกแรกเกิด เกิดความเครียด เป็นทุกข์ และวิตกกังวล และนำไปสู่ภาวะเครียดหลังคลอด[11-12] นอกจากนั้นการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมีค่าใช้จ่ายสูง การรักษาส่วนใหญ่

ทำในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้นไป[7] ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจส่งผลต่อภาวะจิตใจของมารดาและครอบครัวเพิ่มขึ้น[11]

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความชุกของความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อายุครรภ์ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด ของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับ S ขนาด 350 เตียง ที่มีนโยบายการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด แต่ยังไม่มีการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแนวทางในการป้องกันภาวะดังกล่าวต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

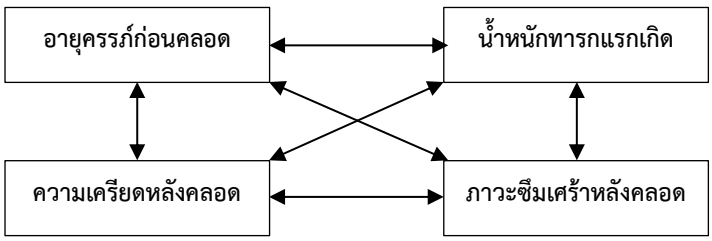
1. เพื่อศึกษาความชุกของความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อายุครรภ์ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด ของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

**สมมติฐานการวิจัย**

ความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อายุครรภ์ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิดของมารดาหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น มีความสัมพันธ์กัน

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการประเมินสุขภาพจิตมารดาหลังคลอดจากแบบประเมินความเครียด Stress Test Questionnaire (ST5) และการประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอดด้วยแบบประเมิน The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[13]




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในมารดาหลังคลอด 48-72 ชั่วโมงก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ที่แผนกผู้ป่วยในสูตินรีเวช โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2566 ถึงกันยายน 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้เป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ที่มีระดับการวัดเป็นมาตราอันตรภาคชั้น (Interval scale) สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Correlation: r) จากการศึกษางานวิจัยทางการพยาบาลส่วนใหญ่ค่าเฉลี่ยของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.20[14] ผู้วิจัยจึงกำหนดค่า r=0.20 กำหนด $\alpha$=0.05 และ power (1-β)=0.80 เปิดตารางการกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้จำนวนตัวอย่าง 197 คน[14] และเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้มารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจได้รับการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนตัวอย่างมากขึ้นอีกร้อยละ 10[15] ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 217 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาลชุมแพ อยู่ในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ในวันที่คลอด อายุครรภ์ตั้งแต่ 27 สัปดาห์ขึ้นไป ครรภ์เดี่ยว คลอดทางช่องคลอด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ ในระยะคลอดและหลังคลอด เข้าใจภาษาไทย และอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ และไม่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นโรคซึมเศร้าที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษา มีปัญหาสายตาและการได้ยิน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลด้านอายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความรุนแรงในครอบครัว **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามเกี่ยวกับการคลอด ประกอบด้วยข้อมูลอายุครรภ์ขณะคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด **ส่วนที่ 3** แบบประเมินความเครียด ST5 คำถาม 5 ข้อของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[13] ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 0-3 คะแนนรวมทั้งหมด 15 คะแนน แบ่งความเครียดเป็น 3 ระดับ คือ เครียดน้อย/ไม่มีอาการ 0-4 คะแนน เครียดปานกลาง 5-7 คะแนน และเครียดสูง 8-15 คะแนน และคะแนนที่มากขึ้นแสดงถึงมีความเสี่ยงต่อความเครียดมากขึ้น **ส่วนที่ 4** แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด EPDS จำนวน 10 ข้อของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[13] ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) มีมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0-3 คะแนน มีคะแนนรวม 0-30 คะแนน ใช้จุดตัด ≥ 11 คะแนน ถือว่ามีภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และคะแนนที่มากขึ้นแสดงถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากขึ้น

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

แบบประเมิน ST5 และ EPDS เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ใช้ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในปัจจุบัน โดยใช้ในการประเมินสุขภาพจิตของมารดาในระยะตั้งครรภ์และหลังคลอด ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำไปหาความเที่ยงตรงของแบบประเมินอีกครั้งในมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.74 และ 0.80 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตรวจสอบข้อมูลหลังคลอดของมารดาจาก Medical chart ของมารดาหลังคลอดทุกคนที่อยู่ในช่วงหลังคลอด 48-72 ชั่วโมง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ส่วนแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมิน ST5 และ EPDS มารดาหลังคลอดเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง (Self-report questionnaire)

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics analysis) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความชุกของความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อายุครรภ์ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

วิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดโรงพยาบาลชุมแพ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมแพ และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ ลำดับที่ 2/2566 เลขที่ HE 661002 ลงวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2566 ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอด 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดที่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับแจ้งถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาความลับสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการได้โดยไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติไม่ว่ากรณีใด ๆ ในการรักษาพยาบาลทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมแล้ว

## ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 77.9 อายุเฉลี่ย 29.29±6.18 ปี ส่วนใหญ่มีงานทำร้อยละ 67.3 การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 69.6 สถานภาพ

สมรสคู่และอยู่กับสามีร้อยละ 93.5 มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 87.6 ความสัมพันธ์ในครอบครัวรักใคร่กันดีร้อยละ 86.6 ไม่มีความรุนแรงในครอบครัวร้อยละ 88.0

**2. ความชุกของความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย**

ความชุกของความเครียดหลังคลอดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูงร้อยละ 17.5 เป็นความเครียดระดับสูงร้อยละ 2.8 ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดร้อยละ 9.2 คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ระหว่าง 34-36$^{+6}$ สัปดาห์ร้อยละ 16.6 อายุครรภ์เฉลี่ย 37.96±1.41 สัปดาห์ ส่วนความชุกของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (1,900-2,499 กรัม) ร้อยละ 9.2 น้ำหนักเฉลี่ย 3078.24±476.78 กรัม (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ความชุกของความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (n=217)

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ความเครียดหลังคลอด** ($\bar{X}$=2.43±2.06) | | |
| ระดับเครียดน้อย (0-4 คะแนน) | 179 | 82.5 |
| ระดับเครียดปานกลาง (5-7 คะแนน) | 32 | 14.7 |
| ระดับเครียดสูง (8-15 คะแนน) | 6 | 2.8 |
| **ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด** ($\bar{X}$=5.19±4.13) | | |
| ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-10 คะแนน) | 197 | 90.8 |
| มีภาวะซึมเศร้า (11 คะแนนขึ้นไป) | 20 | 9.2 |
| **อายุครรภ์ก่อนคลอด** ($\bar{X}$=37.96±1.41) | | |
| ไม่ครบกำหนด (34-36$^{+6}$ สัปดาห์) | 36 | 16.6 |
| ครบกำหนด (37-41$^{+5}$ สัปดาห์) | 181 | 83.4 |
| **น้ำหนักทารกแรกเกิด** ($\bar{X}$=3078.24±476.78) | | |
| 1,900-2,499 กรัม | 20 | 9.2 |
| 2,500-2,999 กรัม | 76 | 35.0 |
| 3000-3,999 กรัม | 111 | 51.2 |
| 4,000-4,465 กรัม | 10 | 4.6 |

**3. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อายุครรภ์ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด**

ความเครียดหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.554, p<0.001) ความเครียดหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์

ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด (p>0.05) ส่วนอายุครรภ์ก่อนคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.325, p<0.001) (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังลอด อายุครรภ์ก่อนคลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด (n=217)

| ตัวแปร | ความเครียดหลังคลอด | ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด | อายุครรภ์ขณะคลอด | น้ำหนักทารกแรกเกิด |
|---|---|---|---|---|
| ความเครียดหลังคลอด | 1 | 0.554*** | -0.099 | -0.062 |
| ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด | 0.554*** | 1 | -0.040 | -0.106 |
| อายุครรภ์ก่อนคลอด | -0.099 | -0.040 | 1 | 0.325*** |
| น้ำหนักทารกแรกเกิด | -0.062 | -0.106 | 0.325*** | 1 |

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

## การอภิปรายผล

**1. ความชุกของความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย**

ความเครียดหลังคลอดของมารดาใน 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ร้อยละ 17.5 ระดับสูงร้อยละ 2.8 เนื่องจากมารดาเหนื่อยจากการคลอด ต้องเลี้ยงดูทารก ต้องเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ทำให้มารดาได้พักผ่อนน้อย ตลอดจนต้องปรับตัวเพื่อเผชิญกับการปรับบทบาทหลังคลอดทำให้เกิดความเครียดในระดับปานกลางและระดับสูง[6] สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดโดยรวมของมารดาหลังคลอด พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านการทำหน้าที่ของมารดาเปลี่ยนแปลงไป[16] มารดาหลังคลอดที่มีความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับสูงจึงควรได้รับการดูแลและการช่วยเหลือในระยะพึ่งพาหรือในระยะ 24-72 ชั่วโมงหลังคลอด (taking in phase) จนกว่ามารดาจะมีความมั่นใจในการดูแลทารก เพื่อลดความเครียด ควรได้รับคำปรึกษาหรือคำแนะนำในการผ่อนคลายเพื่อคลายความเครียด ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและส่งเสริมการปรับตัวของมารดาหลังคลอด

ความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดพบร้อยละ 9.2 เนื่องจากมารดาอยู่ในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มารดามีความต้องการพึ่งพา ต้องการพักผ่อนจึงต้องการการดูแลและช่วยเหลือการเลี้ยงดูทารก กอปรกับหลังคลอดมารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านฮอร์โมนที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์อยู่แล้ว จึงพบว่ามารดาหลังคลอดอย่างน้อยร้อยละ 50 มีอารมณ์เศร้าหลังคลอด[1] ใกล้เคียงกับการศึกษาในโรงพยาบาลพังโคน สกลนคร พบร้อยละ 8.4[2] แต่ต่ำกว่าการศึกษาในต่างประเทศพบร้อยละ 10.2-13.6[3-4] เนื่องจากการศึกษาในต่างประเทศใช้จุดตัดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของ EPDS ≥10 คะแนน จะเห็นได้ว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาและแต่ละพื้นที่ ดังนั้น แม้มารดาหลังคลอดจะมีภาวะซึมเศร้าในระดับใดก็ตามควรได้รับคำแนะนำหรือ

การให้คำปรึกษา เพื่อเฝ้าระวังหรือส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงต่อไป

การคลอดก่อนกำหนดพบร้อยละ 16.6 สูงมากสูงกว่าเกณฑ์นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดอัตราการคลอดก่อนกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7[7] สูงกว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดของจังหวัดขอนแก่น[9] สูงกว่าความชุกของโรงพยาบาลขอนแก่น[10] จึงเป็นประเด็นสำคัญที่โรงพยาบาลชุมแพจะต้องศึกษาความชุกของการคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย และดำเนินการเพื่อหาแนวทางในการลดและป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดต่อไป เนื่องจากการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยพบร้อยละ 9.2 มีความชุกค่อนสูงและสูงกว่าการกำหนดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดเกณฑ์เป้าหมายของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยไม่เกินร้อยละ 7[7] ความชุกของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยต่ำกว่าความชุกของการคลอดก่อนกำหนดค่อนข้างมาก ทั้งที่การคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย[11] และต่ำกว่าการศึกษาของโรงพยาบาลตรังในปี พ.ศ. 2563-2564 ที่พบร้อยละ 11.4 และ 12.1 ตามลำดับ[12] เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่คลอดก่อนกำหนดมีอายุครรภ์ใกล้ครบกำหนด (34-36$^{+6/7}$ สัปดาห์) ทำให้ส่วนใหญ่คลอดทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า 2,500 กรัม

**2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดหลังคลอด ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด อายุครรภ์ก่อนคลอด และน้ำหนักทารกแรกเกิด**

ความเครียดหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัญหาทางด้านจิตใจ ความวิตกกังวล เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด[17] สอดคล้องกับการศึกษาในมารดา 48-72 ชั่วโมงหลังคลอดที่พบว่าการถูกทำร้ายทางด้านจิตใจทำให้เกิดความเครียดและสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้[18] ความเครียดต่อบทบาทการเป็นมารดาเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าหลังคลอด และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด[5] อายุครรภ์ก่อนคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับน้ำหนักทารกแรกเกิด เนื่องจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกในครรภ์จะเป็นไปตามอายุครรภ์ เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นทารกในครรภ์จะได้รับสารอาหารและออกซิเจนจากมารดามากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการคลอดก่อนกำหนดเป็นสาเหตุสำคัญของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย [11]

ความเครียดหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์ก่อนคลอดและน้ำหนักทารกแรกเกิด สอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาล 3 แห่งของเขตสุขภาพที่ 7[19] และการศึกษาในโรงพยาบาลบางพลี[20] ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าหลังคลอดไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิด ขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่าน้ำหนักทารกแรกเกิดเป็นตัวบ่งชี้ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอด[4] มารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยจะมีความวิตกกังวลและความเครียดมากกว่ามารดาที่คลอดทารกน้ำหนักปกติ[3] การคลอดก่อนกำหนดเป็นตัวบ่งชี้ของน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยและเป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าหลังคลอด[4] เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มารดาและทารกแรกเกิดไม่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นทารก

แรกเกิดที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พ้นจากภาวะวิกฤติ สามารถหายใจได้เอง สุขภาพแข็งแรง จึงทำให้มารดาไม่มีความเครียดและไม่มีภาวะซึมเศร้า มารดายังอยู่ในโรงพยาบาลได้รับการดูแลช่วยเหลือในการเลี้ยงดูทารก ทำให้มารดาไม่เกิดความเครียดและไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. ผลการวิจัยพบว่าความชุกของความเครียดหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดค่อนข้างสูง ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการประเมินความเครียดและภาวะซึมเศร้าทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ และก่อนจำหน่ายมารดาหลังคลอดออกจากโรงพยาบาล หากพบว่ามีความเสี่ยงหรือมีความผิดปกติต้องส่งพบแพทย์ เพื่อให้คำปรึกษาหรือให้การรักษาเพื่อป้องกันการเกิดความเครียดหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอด
2. ความชุกของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและการคลอดก่อนกำหนด พบสูงกว่าเกณฑ์นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสูงกว่าปีที่ผ่านมา ในการให้บริการรับฝากครรภ์ต้องคัดกรองความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยและการคลอดก่อนกำหนด ติดตามและเฝ้าระวังทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ เน้นการให้ความรู้เรื่องโภชนาการและการปฏิบัติตัวในทุกระยะของการตั้งครรภ์

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. จัดทำโปรแกรมการคลายเครียดและการป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดและโปรแกรมป้องกันการคลอดทารกน้ำหนักน้อยและการคลอดก่อนกำหนด
2. ติดตามความเครียดหลังคลอดและภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของมารดาที่คลอดทารกน้ำหนักน้อยและคลอดก่อนกำหนดเมื่อนัดมารดามาติดตามหลังคลอด

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพที่สนับสนุนให้ดำเนินการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมแพ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยในสูตินรีเวชที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอบคุณมารดาหลังคลอดทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Marshall JE, Raynor MD. Myles textbook of midwives. 17th ed. Poland: Elsevier; 2020.
2. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สุภาพักตร์ หาญกล้า, อัญชลี อ้วนแก้ว, วรนุช ไชยวาน, นงนุช บุญมาลา. สุขภาพจิตและการปรับตัวของมารดาหลังคลอด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2566;24(1):116-24.
3. วันชัย กิตติโชติวัฒน์. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดของโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(5):125-30.

4. Tsai JM, Tsai LY, Tsay SL, Chen YH. The prevalence and risk factors of postpartum depression among women during the early postpartum period: a retrospective secondary data analysis. Taiwan J Obstet Gynecol. 2023 May;62(3):406-411. doi: 10.1016/j.tjog.2023.03.003.
5. Grisbrook MA, Dewey D, Cuthbert C, McDonald S, Ntanda H, Giesbrecht GF, Letourneau N. Associations among Caesarean Section Birth, Post-Traumatic Stress, and Postpartum Depression Symptoms. Int J Environ Res Public Health. 2022 Apr 18;19(8):4900. doi: 10.3390/ijerph19084900.
6. ทิพย์วรรณ บุณยาภรณ์, ชุติกาญจน์ แซ่ตั้น. บทบาทพยาบาล: การจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(3): 271-81.
7. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการป้องกันการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสำหรับประเทศไทย ฉบับ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
8. กัญยา ทูลธรรม, สุภาพร สุภาทวีวัฒน์. ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดก่อนกำหนด อัตราความถูกต้องครอบคลุมของแนวทางการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และอัตราความสำเร็จในการยับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2566;20(2):75-88.
9. เขตสุขภาพที่ 7 กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดและการดำเนินงานการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด เขตสุขภาพที่ 7. ขอนแก่น: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
10. ห้องคลอดโรงพยาบาลขอนแก่น. สถิติการคลอดปี พ.ศ. 2563-2566. ขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2566.
11. ระจิตร ชาครียวณิชย์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(3):1-17.
12. ประชุมพร สุวรรณรัตน์, ทิพย์วรรณ บุณยาภรณ์, ศศิธร คำพันธ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ต่ออัตราการเกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดและการคลอดก่อนกำหนด. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 2565;5(3): 81-91.
13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
14. Polit DF, Hungler BF. Nursing research principles and methods. 6th ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
15. Isreal GD. Sampling the evidence of extension program impact; program evaluation and organizational development. Florida: University of Florida; 1992.

16. ปิยนุช กรุณา. ความเครียดและการจัดการความเครียดของมารดาหลังคลอดที่ต้องแยกจากบุตรเนื่องจากบุตรป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร. 2561;1(2):67-77.
17. Elwood J, Murray E, Bell A, Sinclair M, Kernohan WG, Stockdale J. A systematic review investigating if genetic or epigenetic markers are associated with postnatal depression. J Affect Disord. 2019 Jun 15;253:51-62. doi: 10.1016/j.jad.2019.04.059.
18. สุภัสสรา ภูเมฆ, เอกชัย โควาวิสารัตน์, มาลี เกื้อนพกุล, วรัญญา แสงพิทักษ์. ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของมารดาหลังคลอดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2562;35(3):158-70.
19. วิไลลักษณ์ เผือกพันธ์, สุพิศ ศิริอรุณรัตน์, วรรณทนา สุภสีมานนท์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในมารดาคลอดก่อนกำหนด. วารสารแพทย์นาวี. 2563;47(2):432-45.
20. เอกชัย เพ็ชรพรประภาส. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าหลังคลอดในโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. จิตเวชวิทยาสาร. 2563;36(2):172-85.

# การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุสำหรับการพัฒนาโมเดลในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อย

**ศวิตา ศรีสวัสดิ์[*], พัสกร องอาจ[*], ลำไพ วจีสิงห์[**], กนกวรรณ มีกำพี้[***], ลีลวัฒน์ กองศูนย์[***], รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ[*a]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร โดยผู้ให้ข้อมูลมาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 17 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ซึ่งเป็นมาตรฐานหลักสูตรกลางของประเทศไทย โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ต้องการอบรมฟื้นฟูความรู้ รวมทั้งต้องการความรู้ด้านเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการเพิ่มศักยภาพรูปแบบการทำงานให้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพและคุณภาพในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น ควรมีการกำหนดนโยบายการอบรมฟื้นฟูความรู้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ความต้องการ; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; การพัฒนาโมเดล

[*] คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[**] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

[***] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

[a] Corresponding author: รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ Email: ratchadaporn.un@ku.th

***รับบทความ: 27 ธ.ค. 67; รับบทความแก้ไข: 27 ม.ค. 6ค; ตอบรับตีพิมพ์: 28 ม.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 13 มี.ค. 68***

# A Study on the Needs of Caregivers for the Elderly to Develop a Model for Elderly and Dependent Care: A Case Study of Poknoi Sub-district Health Promotion Hospital

**Sawita Srisawat[*], Passakorn Ongarj[*], Lampai Wajeesing[**], Kanokwan Meekumpee[***], Leelawat Kongsoon[***], Ratchadaporn Ungcharoen[*a]**

## Abstract

This qualitative research aimed to study the needs of caregivers in providing care for elderly and individuals with dependency in Phoknoi subdistrict, Phanna Nikhom district, Sakon Nakhon province. Participants were selected through purposive sampling, consisting of 17 individuals, including caregivers of the elderly, elderly care managers, and individuals involved in elderly care activities within the community. Data were collected with in-depth interviews and analyzed using content analysis.

The result revealed that the caregivers had completed a 70-hour training course for elderly care, which is the standard national curriculum set by the Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. However, the caregivers expressed needs for refresher training to update their knowledge, as well as a desire to learn about new technologies that could enhance their work practices, making them more comprehensive, efficient, and of higher quality.

Therefore, it is recommended that policies for continuous knowledge enhancement and capacity-building training for elderly caregivers and family members should be established, aligned with the evolving health needs of the elderly population.

**Keywords:** Needs; Elderly caregivers; Model development

[*] Faculty of Public Health, Kasetsart University, Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

[**] Phok Noi Subdistrict Health Promoting Hospital, Phanna Nikhom District, Sakon Nakhon Province

[***] Sakon Nakhon Provincial Public Health Office

[a] Corresponding author: Ratchadaporn Ungcharoen Email: ratchadaporn.un@ku.th

***Received: Dec. 27, 24; Revised: Jan. 27, 25; Accepted: Jan. 28, 25; Published Online: Mar. 13, 25***

## บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) นั้นหมายความว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 หรือประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด[1-2] จากสถานการณ์ สะท้อนให้ถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ซึ่งเกิดจากอัตราการเกิดที่ลดลงและความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ช่วยยืดอายุขัยของประชากร[3] การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุมาพร้อมกับความท้าทายในด้านสุขภาพและสังคม และผู้สูงอายุอาจประสบภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลในระยะยาว[4] เนื่องด้วยกลุ่มโรคในผู้สูงอายุส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคสมองเสื่อม[3] ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนถือเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยมีรูปแบบการดูแลด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพและมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุในชุมชน[5-6] ในชุมชนที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและทรัพยากรที่ไม่เพียงพอ ถือเป็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม[7-8]

ประเทศไทยได้เตรียมความพร้อมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้พัฒนาหลักสูตรการอบรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) มี 2 หลักสูตร คือ หลักสูตร 70 ชั่วโมง และหลักสูตร 420 ชั่วโมง เพื่อให้ CG ได้รับความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ หลักสูตรมีครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการดูแลสุขภาพพื้นฐาน การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ซึ่งหลักสูตรเน้นการฝึกปฏิบัติที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพในสถานการณ์ต่าง ๆ[9-10] ซึ่งในหลักสูตร 70 ชั่วโมง มุ่งเน้นการให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือด้านสุขภาพ และการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ส่วนหลักสูตร 420 ชั่วโมง พัฒนาขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวโดยรวมถึงการดูแลภาวะเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม[4] บทบาทและหน้าที่ของ CG มีบทบาทสำคัญในการดูแลทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ โดยต้องมีความรู้และทักษะในการให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวังสุขภาพและการจัดการกับภาวะพึ่งพิงต่างๆ[11] ส่วนผู้จัดการการดูแล (Care Manager: CM) มีหน้าที่ในการประสานงานและจัดการการดูแลระยะยาว ซึ่งมักจะเป็นผู้ที่ช่วยประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและจัดการบริการที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุตามความต้องการเฉพาะแต่ละบุคคล[12] และมีองค์กรภาคประชาสังคมและหน่วยงานท้องถิ่นที่ช่วยประสานการดูแลในด้านต่าง ๆ การให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุถือเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากขาดการทบทวนความรู้และทักษะใหม่ ๆ ที่ส่งผลต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในการดูแล

ผู้สูงอายุ เช่น การจัดการกับภาวะพึ่งพิง การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และการดูแลด้านจิตใจของผู้สูงอายุ[13] การทบทวนความรู้ เสริมทักษะด้านต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เตรียมพร้อมในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ซับซ้อนและยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุ การเพิ่มทักษะความรู้ใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ และใช้เทคโนโลยีที่สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้นในการศึกษาความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้สามารถพัฒนาระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละบริบท การทำความเข้าใจถึงช่องว่างของความรู้และทักษะที่ผู้ดูแลต้องการ เพื่อสามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

## วิธีการดำเนินการวิจัย

**ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร

**ผู้ให้ข้อมูล (Informant)** คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขตำบลทั้ง 3 แหล่ง ในพื้นที่อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นบุคคลที่ผ่านการอบรบหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และ 2) เป็นบุคคลที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
2. ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน มีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 3 แหล่ง
3. ผู้ที่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ นายกเทศมนตรี จำนวน 2 คน คณะกรรมการผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 3 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2 คน

โดยผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการในครั้งนี้มีความยินยอมและสมัครใจในการให้ข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) โดยใช้คำถามปลายเปิด จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากผู้ให้ข้อมูล ซึ่งข้อคำถามจะเกี่ยวกับประสบการณ์บทบาทหน้าที่และกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ จากการเล่าผ่านประสบการณ์ที่การสะท้อน

ถึงความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งความประทับใจที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุในอดีต นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลที่เหมาะสม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การศึกษาครั้งนี้มีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จะถูกถอดจากเทปบันทึกเสียง แล้วนำมาจัดกลุ่มคำตอบที่มีลักษณะหรือเนื้อหาใกล้เคียงกัน ข้อมูลที่จัดกลุ่มเรียบร้อยแล้วจะถูกนำมาวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดทางทฤษฎี ในการสรุปประเด็นสำคัญที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิเคราะห์จะพรรณนาเหตุการณ์และประสบการณ์ และเรียบเรียงข้อมูลเป็นรายงานและยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

**การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เลขที่ KUREC-CSC67/010 โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความยินยอมก่อนเข้าร่วมการสัมภาษณ์ ทั้งยังสามารถถอนตัวจากการเป็นผู้ให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อ การเก็บข้อมูลทั้งจัดทำรายงานผลการวิจัยและข้อมูลที่เก็บมาได้นั้นจะรักษาเป็นความลับและปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลอย่างเคร่งครัด

## ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล**

ผู้ให้ข้อมูลมาจากพื้นที่เทศบาลตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 6 คน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน และผู้ที่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ นายกเทศมนตรี คณะกรรมการผู้สูงอายุ นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 8 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 17 คน

2. **หลักสูตรในการฝึกอบรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

ผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมการอบรมหลักสูตรในการดูแลผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากเทศบาลตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร โดยหลักสูตรที่อบรมคือ การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง ซึ่งเป็นมาตรฐานหลักสูตรกลางของประเทศไทย โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงนโยบายสำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นฐาน มีการกำกับดูแลโดยเจ้าหน้าที่วิชาชีพด้านสุขภาพ คือพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในการกำกับคุณภาพ ผู้ที่ผ่านการอบรมจะได้รับมอบหมายให้ดูแลกลุ่มเปราะบาง ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ดังนี้

*“อบรม CG 70 ชั่วโมง ที่เทศบาล โดยมีวิทยากรจากโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต่างๆ ที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละเรื่อง”* ***ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ 1***

“ในปีงบประมาณ 60 และปีงบประมาณ 66 จัดอบรมที่โรงพยาบาล ส่วนปีงบประมาณ 61 ได้จัดอบรมที่เทศบาลตำบลช้างมิ่ง หลักสูตร 70 ชั่วโมง” ***ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ 2***

**3. ความต้องการในการพัฒนาสมถรรถนะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังจากอบรมของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 70 ชั่วโมง มีการประเมินวัดระดับความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยส่วนใหญ่กลุ่มที่เข้าอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุเข้าร่วมอบรม ดังนี้

*“หลังจากที่เราได้อบรมมา 8 ปี ตั้งแต่ปี 2559 ความรู้อาจจะถดถอยไป เพราะบางครั้งลืม และมีองค์ความรู้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เพิ่มขึ้น จึงอยากจะมีการอบรมเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุอีกครั้ง จะได้มีความรู้เพิ่มเติมให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จะออกไปให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง”* ***ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1***

*“ต้องการอบรมความรู้เพิ่มเติม ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้สามารถทำงานให้ดีขึ้น และส่งเสริมความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น”* ***ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2***

*“อยากจะให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันต่าง ๆ ที่จะสามารถค้นคว้าความรู้ เฉพาะหน้าให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุถ้ามีแอปพลิเคชันในการแนะนำความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุจะสามารถเข้าไปเปิดดูว่าตรงนี้ปัญหาเขาจะแก้อย่างไร ก็จะสามารถช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุทำงานได้ดีขึ้น”* ***ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ 2***

*“อยากให้มีแอปพลิเคชันในเรื่องการสอน การใช้ การดูแลต่าง ๆ การดูแลสายสวนปัสสาวะ การใส่ NG การพลิกตะแคงตัว”* ***ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ 3***

*“ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีการอบรมหรือฟื้นฟูความรู้ให้มีความเป็นปัจจุบัน เพื่อกระตุ้นความรู้จะได้ไม่ลืม”* ***นักวิชาการสาธารณสุข 1***

*“อยากได้ความรู้ ในการอบรมฟื้นฟู ให้เน้นเป็นทักษะการปฏิบัติ และต้องการให้อบรมเพิ่มจำนวนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ”* ***นักวิชาการสาธารณสุข 2***

**4. รูปแบบการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

ในการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งจัดตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) จาก ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ทั้งนี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมครบทุกมิติของสุขภาพ เสนอต่อคณะอนุกรรมการกองทุนระดับตำบล ดังนี้

*"อสม. ทำงานร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุในการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบแต่ละหมู่บ้าน กรณีที่มีผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ อสม.จะประสานงานและออกเยี่ยมบ้านกับผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม"* ***อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน 1***

*"ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้จัดทำแผนการดูแล ซึ่งผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ได้ทำ Care plan มา 171 ราย และจัดกลุ่มผู้ป่วย ก่อนที่เจ้าหน้าที่เทศบาลเข้าไปอนุมัติแผนในระบบ จะมีการแจ้งความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ต้องการอะไรบ้าง เช่น เตียงฟาวเลอร์ ไม้สามขา ได้จัดซื้อตามความต้องการของผู้ป่วยนั้นๆ"* ***นายกเทศมนตรี 1***

*"การทำงานแบบบูรณาการร่วมกันหลายภาคส่วน มีการซื้อผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ"* ***นายกเทศมนตรี 2***

*"ในพื้นที่มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันหลายภาคส่วน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดีและสุขภาพแข็งแรง โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นแรงกำลังสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของชุมชน รวมถึงการสนับสนุนจากกองสาธารณสุข ในการอำนวยความสะดวกของใช้จำเป็นอย่างผ้าอ้อมสำเร็จรูป และของใช้อื่น ๆ ที่จำเป็น ในการพัฒนาชุมชนและดูแลผู้ติดเตียงรวมทั้งผู้ด้อยโอกาสในชุมชน"* ***นายกเทศมนตรี 2***

**5. ความประทับใจในการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ**

นอกจากผลลัพธ์จากการดูแลผู้สูงอายุตามเกณฑ์กำหนดนโยบายด้านสุขภาพองค์รวมแล้วนั้น ยังมีผลลัพธ์จากการทำงานในด้านอื่น ๆ ในการช่วยดูแลผู้สูงอายุในเรื่องของความเป็นจิตอาสา คำขอบคุณและการยอมรับนับถือ ทำให้ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับกำลังใจและสร้างพลังให้กับการทำงานต่อไป ดังนี้

*"ความประทับใจของการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือได้พากันออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุ เราภูมิใจและประทับใจผู้สูงอายุ เขาพร้อมที่จะสนับสนุน ให้เราออกเยี่ยมกับเขา ไปพูดคุย ก็บางคนอยู่คนเดียวเขาก็เหงา ในเมื่อผู้ดูแลผู้สูงอายุออกไป เขามีความสุข เราก็ภูมิใจ ผู้สูงอายุสดชื่น มีความสุข รู้สึกปลอดภัยในบริเวณบ้าน เราได้ไปช่วยจัดสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้ เขาก็ปลอดภัย การเดินที่ไม่มีสิ่งกีดขวางฉันก็ประทับใจที่ผู้สูงอายุพอใจ ที่พวกเรา ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทุกคนที่ได้ออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุ"* ***ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1***

*"ภาคภูมิใจ เวลาที่ออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง มีความสุข"* ***ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 2***

*"ประทับใจทั้งตัวของ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานอย่างเต็มที่"* ***นักวิชาการสาธารณสุข 3***

*"สิ่งสำคัญต้องมีจิตอาสามาเป็นอันดับแรก ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผมเห็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ เข้าไปดูแลก็ชื่นใจแทนผู้สูงอายุเหล่านั้น"* ***คณะกรรมการผู้สูงอายุ 1***

## สรุปและอภิปรายผล

ผู้ให้ข้อมูลมาจากพื้นที่เทศบาลตำบลพอกน้อย อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่

นายกเทศมนตรี คณะกรรมการผู้สูงอายุ นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 17 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้ผ่านการอบรมจากสถานการณ์ของประเทศไทยที่มีจำนวนผู้จำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุ[14] พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน เป็นจำนวนผู้สูงอายุ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14[15] จากการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มีหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมง เพื่อให้เป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น ทำให้บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือเรียกว่า “CG” มีความชัดเจน ในเรื่องของรูปแบบการให้บริการ รายได้ รวมทั้งบทบาทการทำงานร่วมกับชุมชนโดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยเหลือ ซึ่งเป็นการทำงานหลายวิชาชีพในการช่วยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ถือได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ซึ่งผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในบุคคลสำคัญของการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลของผู้สูงอายุซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดเด่นของระบบที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุแต่ละรายตามความต้องการเฉพาะตัว โดยที่ถูกกำหนดไว้ในระเบียบของกองทุนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งมีหน้าที่ออกแบบระบบบริการการดูแลและรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีหน้าที่ 8 ด้าน ดังนี้ การประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การจัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี มอบหมายงาน การเชื่อมประสานทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการและการกำกับติดตาม และการประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา[16] โดยแผนการดูแลรายบุคคลจะดำเนินการโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่สามารถช่วยดูแลผู้สูงอายุได้แล้วนั้น ยังช่วยเหลือในการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลด้วยสภาพร่างกายของผู้สูงอายุบางคนอาจจะไม่สะดวก เช่น การวัดความดันโลหิต การรับยาแบบตามการติดตามของแพทย์ และการติดตามอาการเบื้องต้น เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทรา พรหมน้อย และคณะ[17] ที่พบว่า การบริการวัดความดัน เจาะเลือด การช่วยล้างแผล การดูแลแผลกดทับ เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากผลการศึกษา ยังมีประเด็นอื่น ๆ ที่น่าสนใจหลายประเด็น เช่น ความต่อเนื่องของการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ผ่านการอบรมมาแล้วประมาณ 5 ปี จากการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีและองค์ความรู้ใหม่ๆ ทำให้ความรู้เดิมถดถอยไป ซึ่งอีกหนึ่งทักษะที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาในการใช้แอปพลิเคชันเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการตั้งรับสังคมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ จึงควรมีการเพิ่มจำนวนผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการบูรณาการความร่วมมือในหลายภาคส่วนทั้งระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล และอาสาสมัคร เป็นการวางแผนระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการอบรมหลักสูตร

70 ชั่วโมงมาแล้วเป็นเวลาหลายปี ซึ่งอาจทำให้ความรู้เดิมล้าสมัยเมื่อเทียบกับการพัฒนาเทคโนโลยีและองค์ความรู้ใหม่ ๆ การอบรมฟื้นฟูจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการใช้แอปพลิเคชันและเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานของ Yiengprugsawan et al.[2] ที่ระบุว่าการใช้เทคโนโลยีในชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรจำกัด การพัฒนาเทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การจัดอบรมฟื้นฟูจึงมีความจำเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในด้านการใช้แอปพลิเคชันและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chompunud et al.[18] ในเรื่องการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องสำหรับ CG ช่วยเพิ่มความสามารถในการใช้เทคโนโลยีเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุและเพิ่มประสิทธิภาพในงาน ในส่วนรูปแบบการทำงานนั้น ความสำเร็จของระบบการดูแลผู้สูงอายุยังต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล และอาสาสมัคร การบูรณาการทรัพยากรเหล่านี้จะช่วยสร้างระบบการดูแลที่ยั่งยืนและมีคุณภาพ เนื่องจากการทำงานจากหลายภาคส่วนในชุมชนสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งช่วยลดภาระของสถานพยาบาลและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ[2] ดังนั้น ควรให้ความสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในสังคมผู้สูงอายุและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรสูงวัยในพื้นที่ชนบทต่อไป

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

ควรมีการกำหนดนโยบายการอบรมฟื้นฟูความรู้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีงบประมาณในการสนับสนุน และสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อขยายขอบเขตการให้บริการและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

## เอกสารอ้างอิง

1. Knodel J, Chayovan N. Population aging and the well-being of older persons in Thailand: Past trends and future prospects. Asian Popul Stud. 2012;8(1):1-21. doi: 10.1080/17441730.2012.654135.
2. Yiengprugsawan V, et al. Community-based integrated care for older adults in Thailand. J Aging Soc Policy. 2018;30(4):365-377. doi: 10.1080/08959420.2018.1476317.
3. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Oct 27]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
4. Ministry of Public Health, Thailand. Caregiver Training Manual. Bangkok: Ministry of Public Health; 2021.
5. González R, García A, González C. The role of technology in elderly care: Improving healthcare delivery and accessibility. J Aging Technol. 2020;15(2):102-15.

6. World Health Organization (WHO). Ageing and health: Promoting healthy ageing. Geneva: WHO Press; 2021.
7. Kwak SJ, Lee JY, Choi YK. Long-term care challenges and strategies in resource-limited settings. J Glob Health. 2021;16(4):45-56.
8. World Health Organization (WHO). Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO Press; 2020.
9. กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2023.
10. World Health Organization. Ageing and health: Promoting healthy ageing. Geneva: World Health Organization; 2021.
11. Sakurai R, Takahashi M, Sakamoto N. The role of caregivers in elderly care: Enhancing the quality of care through education and training. Int J Geriatr Care. 2021;22(2):100-112.
12. Cohen L, Kelly A, Ward J. Case management in community-based care for the elderly: A framework for practice. J Community Health Nurs. 2020;37(4):209-218.
13. Harrison S, Macdonald S, Wiles JL. The role of caregiver training in elderly care: The impact of continuous education on quality of care. J Gerontol Nurs. 2020;46(3):30-38.
14. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2567 มิถุนายน 29], เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/know/1
15. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สังคมสูงวัย. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 2567 มิถุนายน 29], เข้าถึงได้จาก: https://www.msociety.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/20463/21073.pdf
16. ศิราณี ศรีหาภาค, วัชรี อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒนี ศีโอษฐ์, พลอยลดา ศรีหานู, ทิพวรรณ ทับซ้าย. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2564;15(36):44-62.
17. จันทรา พรหมน้อย, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์, ประนอม หนูเพชร. ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2548;23(6):405-412.
18. Chompunud N, et al. Training and technology adaptation for caregivers in aging societies. [Place of publication unknown]: [Publisher unknown]; 2020.

# การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566 – 2570) กับการนำแผนไปสู่การปฏิบัติของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการสำคัญ

**กุลนันท์ เสนคำ[1a], สายพิณ โชติวิเชียร[2], นาตยา อังคนาวิน[3], ภาสกร สุระผัด[4], อรวรา เดชสกุลไกร[5]**

**บทคัดย่อ**

การศึกษาวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ.2566-2570) และการนำแผนสู่การปฏิบัติของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการสำคัญ รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และขับเคลื่อนแผน ในช่วงเดือน ส.ค.2567-ม.ค.2568 ใช้เครื่องมือวิจัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC แบบสอบถาม=0.99 แบบสัมภาษณ์=0.97) ใช้สถิติเชิงพรรณนาหาความถี่และร้อยละอธิบายข้อมูลทั่วไป หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอธิบายระดับการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแผนสู่การปฏิบัติ และหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี โดยวิจัยเชิงปริมาณผ่านแบบสอบถาม 59 คน วิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก 7 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่อยู่หน่วยงานภาครัฐ (88.1%) เป็นข้าราชการ (64.4%) ระดับผู้ปฏิบัติงาน (52.5%) และระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-5 ปี (37.3%) ภาพรวมการรับรู้แผนระดับมาก ($\bar{X}$=3.707, SD=0.470) ภาพรวมการนำแผนไปปฏิบัติระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.450, SD=0.836) การรับรู้แผนมีความสัมพันธ์โดยตรงระดับปานกลางกับการนำแผนสู่การปฏิบัติ (r=0.456, p=0.000) และพบความสัมพันธ์ที่สำคัญ เช่น การรับรู้ปัญหาด้านโภชนาการและสถานการณ์อื่นที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์เชิงตรงข้ามในระดับปานกลางกับความพอเพียงของทรัพยากร อธิบายได้จากวงจรความสนใจของปัญหาที่ภาครัฐตื่นตัวในช่วงแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไป ทรัพยากรอาจถูกจัดสรรให้กับปัญหาใหม่ที่เร่งด่วนกว่า นอกจากนี้ พบปัญหาอุปสรรค เช่น การสื่อสารที่ไม่ทั่วถึง ขาดผู้รับผิดชอบงานโภชนาการในพื้นที่ มีข้อเสนอแนะ อาทิ การสื่อสารเชิงรุก ใช้สื่อหลากหลาย สร้างความร่วมมือกับทุกภาคส่วน จัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ ใช้สื่อดิจิทัลในการสื่อสารอย่างต่อเนื่องและทั่วถึงมากขึ้น

**คำสำคัญ:** การรับรู้; การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ; แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการ

---

[1] นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

[2] ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

[3] นักโภชนาการชำนาญการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

[4] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

[5] นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

[a] Corresponding author: กุลนันท์ เสนคำ Email: kunlanant.s@anamai.mail.go.th

***รับบทความ: 7 ก.พ. 68; รับบทความแก้ไข: 18 ก.พ. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 18 ก.พ. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 14 มี.ค. 68***

# Study of the relationship between perception of the National Plan of Action on Nutrition Phase 1 (B.E. 2566 – 2570) and the plan implementation by organization responsible for key projects

**Kunlanant Senkham[1a], Saipin Chotivichien[2], Narttaya Ungkanavin[3], Passakorn Suraphad[4], Onwara Dejsakulkrai[5]**

## Abstract

This study aimed to assess the perception of the National Plan of Action on Nutrition, Phase 1 (B.E.2566-2570), its implementation by agencies responsible for key projects, and to analyze the relationship between perception and implementation during August 2024-January 2025. Research instruments were tested for content validity (IOC of 0.99 for the questionnaire and 0.97 for the interview). Descriptive statistics were used to determine frequencies and percentages for general data, mean values and standard deviations for perception levels and opinions on plan implementation, and Pearson's product-moment correlation coefficients to analyze relationships between variables. This mixed-method research included a quantitative study using a questionnaire administered to 59 participants and a qualitative study using in-depth interviews with seven representatives. Findings revealed that most respondents were from government agencies (88.1%), were government officers (64.4%), worked at the operational level (52.5%), and had 1–5 years of work experiences (37.3%). Overall, perception of the plan was high ($\bar{X}$=3.707, SD = 0.47), while overall implementation was at a moderate level ($\bar{X}$= 3.450, SD=0.84). A moderate positive correlation was found between the perception of the plan and its implementation (r=0.456, p=0.000). Significant relationships were also observed, such as a moderate inverse relationship between the perception of nutrition-related issues and resource adequacy. This may be explained by the Issue Attention Cycle nature of government attention, where the initial perception of a problem leads to action, Still, over time, resources may be

[1] Nutritionist, Senior Professional Level, Bureau of Nutrition, Department of Health

[2] Director, Bureau of Nutrition, Department of Health

[3] Nutritionist, Professional Level, Bureau of Nutrition, Department of Health

[4] Public Health Technical Officer, Professional Level, Bureau of Nutrition, Department of Health

[5] Nutritionist, Practitioner Level, Bureau of Nutrition, Department of Health

[a] Corresponding author: Kunlanant Senkham Email: kunlanant.s@anamai.mail.go.th

***Received: Feb. 24, 24; Revised: Dec. 10, 24; Accepted: Dec. 11, 24; Published Online: Mar. 14, 25***

reallocated to address more pressing concerns. Identified challenges included inadequate communication and a shortage of nutrition personnel in certain areas. Recommendations include proactive communication through diverse media channels, fostering multi-sectoral collaboration, organizing perception-raising activities, and leveraging digital media for continuous and comprehensive communication.

**Keywords:** Perception; Implementation; National Plan of Action on Nutrition

## บทนำ

พระราชบัญญัติคณะกรรมการอาหารแห่งชาติ พ.ศ. 2551 กำหนดให้คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ โดยมีรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน เลขานุการประกอบด้วยเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา และเลขาธิการสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะเรื่องขึ้นมา 4 คณะ เพื่อขับเคลื่อน 1) ด้านความมั่นคงอาหาร 2) ด้านคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร 3) ยุทธศาสตร์สร้างความเชื่อมโยงด้านอาหารและโภชนาการสู่คุณภาพชีวิตที่ดี และ 4) ด้านการบริหารจัดการและร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566-2570) ขึ้นเป็นแผนระดับ 3 ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2566 นอกจากนี้ ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทยระดับจังหวัด เพิ่มเติมขึ้นมาเป็นคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง คณะที่ 5

กรมอนามัย เป็นหน่วยงานฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเชื่อมโยงด้านอาหารและโภชนาการสู่คุณภาพชีวิตที่ดี (คณะกรรมการเฉพาะเรื่อง คณะที่ 3) โดยมีรองอธิบดีกรมอนามัยเป็นกรรมการและเลขานุการ และผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ ได้มีการจัดทำ “แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566-2570)”[1] ขึ้น ผ่านกระบวนการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ โดยพิจารณาถึงความสอดคล้องเชื่อมโยงกับเป้าหมายในทุกระดับทั้งระดับโลก ประเทศ กระทรวง และกรม วิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอก รวมถึงภาวะโภชนาการในทุกกลุ่มวัยและผลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการถอดบทเรียนการขับเคลื่อนงานโภชนาการระดับประเทศสู่ระดับพื้นที่จากผู้มีประสบการณ์ จัดประชุมหารือทุกภาคส่วน รวมทั้งส่งหนังสือขอข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะตลอดจนพิจารณาเป้าหมายและโครงการสำคัญที่จะร่วมขับเคลื่อนไปด้วยกัน ซึ่งคณะกรรมการอาหารแห่งชาติได้มีมติเห็นชอบแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ไปเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2567 และกรมอนามัยได้สื่อสารแผนปฏิบัติการฯ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ ผ่านช่องทางต่าง ๆ

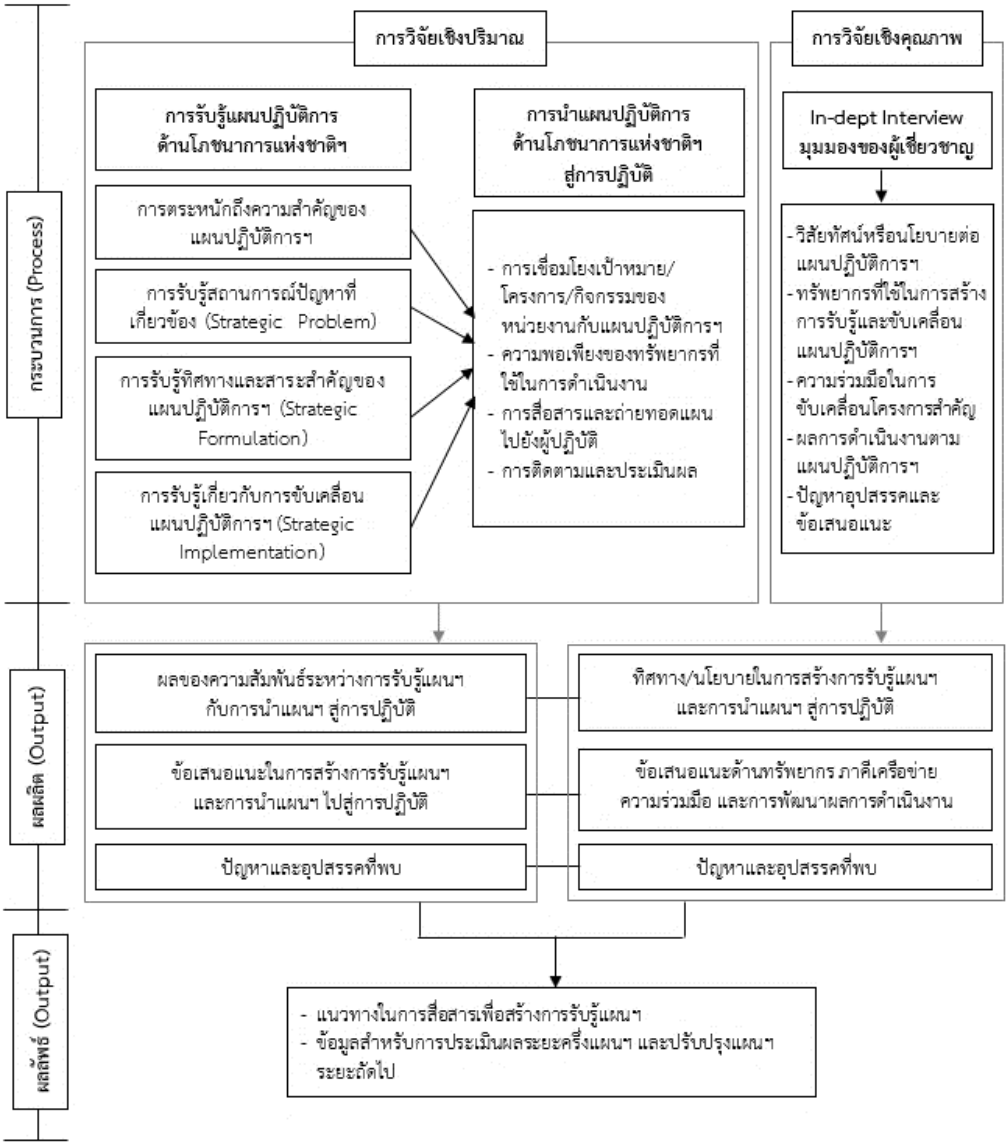
การรับรู้แผนปฏิบัติการฯ จึงเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่จะสร้างความตระหนักและความเข้าใจให้กับภาคีเครือข่ายในการนำไปขับเคลื่อนงาน โดยมีผลงานวิจัยหลายเรื่องที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาสินี คุ้มคง และอนุรัตน์ อนันทนาธร[2] พบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรปัจจัยในเมืองพัทยาที่มีต่อนโยบายโดยรวมแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นของบุคลากรในการนำนโยบายแผนพัฒนาเมืองพัทยาตามแนวทาง NEO

PATTAYA (พ.ศ. 2563-2565) ไปปฏิบัติ ทิศทางความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน เพ็ญศรี ชื่นชม[3] พบว่า การรับรู้คุณค่าของงานกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านการเงินและบัญชีในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง เป็นต้น

งานวิจัยนี้จึงจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการสำคัญและการนำแผนสู่การปฏิบัติ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการนำแผนสู่การปฏิบัติ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเพื่อสร้างการรับรู้และการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ผลจากการศึกษาจะเป็นข้อมูลนำเข้าสำคัญในการประเมินแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ระยะครึ่งแผน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และปรับปรุงแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ในช่วงครึ่งหลังของแผน (พ.ศ. 2569-2570) ต่อไป ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศด้านโภชนาการ เช่น มีการสื่อสารให้ภาคีเครือข่ายรับรู้แผนและนำไปขับเคลื่อนโครงการด้านโภชนาการครอบคลุมยิ่งขึ้น ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีภาวะโภชนาการที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นต้น

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด **1) ด้านกระบวนการ (Process)** ประกอบด้วย **การวิจัยเชิงปริมาณ** โดยตัวแปรต้นอ้างอิงแนวคิดการรับรู้แผนยุทธศาสตร์ของ อโณทัย งามวชัยกิจ และคณะ[4] วัดการรับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง การกำหนดทิศทางองค์กรและการวางยุทธศาสตร์ การรับรู้ทิศทางและสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ และการสื่อสารและถ่ายทอดยุทธศาสตร์ ส่วนตัวแปรตาม กำหนดตามหลักการบริหารงานคุณภาพ (PDCA)[5] วัดการเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน การสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติ และการติดตามและประเมินผล **การวิจัยเชิงคุณภาพ** ใช้หลักการบริหารงานคุณภาพ (PDCA)[5] เช่นเดียวกัน โดยสอบถามมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนัก/กอง/กลุ่มงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการสำคัญ **2) กรอบแนวคิดด้านผลผลิต (Output)** นำผลผลิตที่เกิดขึ้นจากกรอบแนวคิดด้านกระบวนการ ทั้งการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มาผสานเข้าด้วยกัน และ **3) กรอบแนวคิดด้านผลลัพธ์** ได้แก่ แนวทางในการสร้างการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการประเมินระยะครึ่งแผนและปรับแผนในระยะถัดไป




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดของงานวิจัย

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1) เพื่อประเมินระดับการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการสำคัญ

2) เพื่อประเมินการนำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ สู่การปฏิบัติ ของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการสำคัญ

3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการนำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ สู่การปฏิบัติของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการสำคัญ

4) เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการสร้างการรับรู้และการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ

**สมมุติฐานการวิจัย**

$H_1$: การรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ มีความสัมพันธ์กับการนำแผนสู่การปฏิบัติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้และการนำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ สู่การปฏิบัติ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบโครงการสำคัญภายใต้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ จำนวน 59 คน และการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยขออนุญาตหน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการสำคัญ เข้าสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในการ ขับเคลื่อนงานตามแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ จำนวน 7 คน ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2567-มกราคม 2568

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากร ได้แก่ ผู้รับผิดชอบโครงการสำคัญภายใต้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ ภาคประชาสังคม องค์การมหาชน และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวม 70 หน่วยงาน ซึ่งระบุไว้ในภาคผนวกของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติฯ ผู้วิจัยจึงกำหนดประชากรคือผู้รับผิดชอบโครงการสำคัญหน่วยงานละ 1 คน รวมทั้งสิ้น 70 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับตอบแบบสอบถาม พิจารณาจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan[6] ที่ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 3 จากจำนวนประชากร 70 คน ทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างของผู้ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งสิ้น 59 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยออกแบบข้อคำถามจากทฤษฎีการรับรู้ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Google form และใช้แบบสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) เพื่อสอบถามรายละเอียดข้อมูลจากผู้อำนวยการสำนัก/กอง/กลุ่มงานของหน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการสำคัญ ให้ได้มาซึ่งข้อคิดเห็นและข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการนำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ไปปฏิบัติ โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด (open-ended) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ของแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คำนวณค่า IOC (Index of Objective Congruence) ใช้เกณฑ์ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ได้ค่า IOC ของแบบสอบถามเท่ากับ 0.99 และแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 0.97

**การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่และร้อยละอธิบายข้อมูลทั่วไป หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอธิบายระดับการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการนำแผนสู่การปฏิบัติ และหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) โดยกำหนดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้[7] r=0.50-1.00 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง r=0.30-0.49 มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง และ r=0.01-0.29 มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผล

ภาพรวม ตามกรอบแนวคิดของงานวิจัย ประกอบด้วย ทิศทาง/นโยบายการสร้างการรับรู้แผนฯ และการนำแผนฯ สู่การปฏิบัติ ข้อเสนอแนะด้านทรัพยากร ภาคีเครือข่ายความร่วมมือ และการพัฒนาผลการดำเนินงาน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่พบ

**การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร** การวิจัยเรื่องนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 770 รับรองตั้งแต่วันที่ 20 กันยายน 2567 ถึงวันที่ 19 กันยายน 2568 โดยแบบสอบถาม Google form ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมใช้ข้อมูลส่วนบุคคล สำหรับการศึกษาวิจัย ในหน้าแรกก่อนเข้าสู่ข้อคำถาม มีคำชี้แจงเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติฯ และจะเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ส่วนแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประกอบการดำเนินโครงการวิจัยก่อนเข้าสัมภาษณ์และมีใบยินยอมด้วยความสมัครใจพร้อมลงลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล

## ผลการวิจัย

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการสำคัญภายใต้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ จำนวน 59 หน่วยงาน พบว่า หน่วยงานส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นยุทธศาสตร์เพียง 1 ประเด็นยุทธศาสตร์จากทั้งหมด 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ มากถึงร้อยละ 76.3 หน่วยงานที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 88.1 บุคลากรส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ร้อยละ 64.4 ลักษณะงานที่รับผิดชอบของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 52.5 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมาเป็นเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 37.3 ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป | หน่วยงาน (n=59) | |
|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ |
| **ประเด็นยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง** | | |
| 1 ประเด็นยุทธศาสตร์ | 45 | 76.3 |
| 2 ประเด็นยุทธศาสตร์ | 12 | 20.3 |
| 3 ประเด็นยุทธศาสตร์ | 1 | 1.7 |
| 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ | 1 | 1.7 |
| **โครงการสำคัญที่เกี่ยวข้อง** | | |
| 1 โครงการ | 32 | 54.2 |
| 2 โครงการ | 8 | 13.6 |
| 3 โครงการ | 2 | 3.4 |
| 4 โครงการ | 1 | 1.7 |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) ข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป | หน่วยงาน (n=59) | |
|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ |
| 5 โครงการ | 1 | 1.7 |
| 6 โครงการ | 4 | 6.8 |
| 7 โครงการ | 10 | 16.9 |
| 13 โครงการ | 1 | 1.7 |
| **ประเภทหน่วยงานที่สังกัด** | | |
| ภาครัฐ | 52 | 88.1 |
| ภาคเอกชน | 2 | 3.4 |
| มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ | 2 | 3.4 |
| องค์การมหาชน | 1 | 1.7 |
| อื่น ๆ | 2 | 3.4 |
| **ประเภทบุคลากร** | | |
| ข้าราชการ | 38 | 64.4 |
| พนักงานราชการ | 3 | 5.1 |
| พนักงานกระทรวง | 1 | 1.7 |
| พนักงานมหาวิทยาลัย | 2 | 3.4 |
| ลูกจ้างประจำ | 3 | 5.1 |
| ลูกจ้างชั่วคราว | 9 | 15.3 |
| อื่น ๆ | 3 | 5.1 |
| **ลักษณะงานที่รับผิดชอบ** | | |
| ผู้บริหาร/ผู้อำนวยการหน่วยงาน/รองผู้อำนวยการ | 3 | 5.1 |
| หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าส่วน | 6 | 10.2 |
| ผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ | 19 | 32.2 |
| ผู้ปฏิบัติงาน | 31 | 52.5 |
| **ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน** | | |
| ต่ำกว่า 1 ปี | 6 | 10.2 |
| 1-5 ปี | 22 | 37.3 |
| 6-10 ปี | 15 | 25.4 |
| 11-15 ปี | 5 | 8.5 |
| 16 ปีขึ้นไป | 11 | 18.6 |

**ผลของการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ**

**1. การตระหนักถึงความสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ** ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.712 รับรู้ “ระดับมาก” และเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ว่าแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ มีความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับโลกและนโยบาย/ยุทธศาสตร์ระดับประเทศ และแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ จะช่วยแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการของประชาชนในทุกช่วงวัย อยู่ใน “ระดับมาก” โดยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากัน ($\bar{X}$=4.051, SD=0.797) รองลงมาคือรับรู้ว่าแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ เป็นแผนที่มุ่งเน้นเรื่องอาหารศึกษา “ระดับมาก” ($\bar{X}$=4.000, SD=0.643) รู้จักหรือเคยรู้จักเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ “ระดับมาก” ($\bar{X}$=3.712, SD=0.948) และแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ เน้นความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่อาหารเท่านั้น รับรู้ “ระดับปานกลาง” ($\bar{X}$=2.746, SD=1.076)

**2. การรับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง** ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.807 รับรู้ “ระดับมาก” และเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ว่าประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงวัย”อยู่ใน “ระดับมาก” โดยมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$=4.441, SD=0.595) รองลงมาคือรับรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริโภคอาหารในปัจจุบัน ($\bar{X}$=4.390, SD=0.743) ส่วนค่าเฉลี่ยที่น้อยที่สุดคือ ทั่วโลกขาดแคลนอาหารรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางอาหาร แต่ไม่กระทบกับภาวะโภชนาการหรือสุขภาพของประชาชน รับรู้ “ระดับปานกลาง” ($\bar{X}$=2.729, SD=1.187)

**3. การรับรู้ทิศทางและสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ** ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.976 รับรู้ “ระดับมาก” และเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า “รับรู้มาก” เกี่ยวกับเป้าหมายสูงสุด ($\bar{X}$=4.390, SD=0.810) วิสัยทัศน์ของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=4.322, SD=0.753) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การอภิบาลระบบส่งเสริมโภชนาการทุกกลุ่มวัย เน้นความสำเร็จของการขับเคลื่อนนโยบายด้านโภชนาการ ($\bar{X}$=4.220, S.D.= 0.832) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การส่งเสริมวิถีการบริโภคเพื่อสุขภาวะ เน้นสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารและโภชนาการของทุกกลุ่มวัย ($\bar{X}$=4.220, SD=0.852) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับประเด็นยุทธศาสตร์ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ว่าประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ใน “ระดับปานกลาง” ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเนื่องจากแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ มี 4 ประเด็นยุทธศาสตร์เท่านั้น

**4. การรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ** ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.754 รับรู้อยู่ใน “ระดับมาก” และเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า “รับรู้มาก” เกี่ยวกับการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบหลักและหน่วยงานรับผิดชอบร่วมในการขับเคลื่อนโครงการสำคัญ ($\bar{X}$=4.170, SD=0.894) การขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติที่สำคัญคือการติดตามและประเมินผล ผ่านคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเชื่อมโยงด้านอาหารและโภชนาการสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X}$=4.102, SD=0.904) มีแผนที่ยุทธศาสตร์ด้านโภชนาการฯ ที่ใช้ในการสื่อสารภาพรวมของแผน ($\bar{X}$=4.051, SD=0.936) และ “รับรู้ปานกลาง” เกี่ยวกับแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ไม่ได้กำหนดความถี่ของการรายงานผลการดำเนินงาน เนื่องจากเป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานที่จะต้องดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ ($\bar{X}$=2.695, SD=1.193)

**ผลของการนำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ สู่การปฏิบัติ**

**1. การนำแผนสู่การปฏิบัติโดยการเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการฯ** ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.802 มีการนำแผนสู่การปฏิบัติในระดับ “ระดับมาก” และเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า มีการนำแผนสู่การปฏิบัติใน “ระดับมาก” ทุกข้อ โดยแผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงานมีการกำหนดโครงการหรือกิจกรรมที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=3.949, SD=0.990) มีการนำกลยุทธ์และมาตรการดำเนินงานของแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ มาเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานประจำปี ($\bar{X}$=3.780, SD=1.052) และการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่สอดรับกับตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=3.678, SD=1.105)

**2. การนำแผนสู่การปฏิบัติโดยมีความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน** ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.971 มีการนำแผนสู่การปฏิบัติใน “ระดับปานกลาง” และเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า มีการนำแผนสู่การปฏิบัติใน “ระดับปานกลาง” ทุกข้อ ดังนี้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับงบประมาณที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานภายใต้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=3.000, SD=1.189) มีวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้สนับสนุนการดำเนินงานภายใต้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ เพียงพอ ($\bar{X}$=2.966, SD=1.050) และมีจำนวนบุคลากรเพียงพอในการขับเคลื่อนงานภายใต้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$ =2.949, SD=1.007)

**3. การนำแผนสู่การปฏิบัติโดยการสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติ** ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.407 มีการนำแผนสู่การปฏิบัติ “ระดับปานกลาง” และเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า มีการนำแผนสู่การปฏิบัติ “ระดับปานกลาง” ทุกข้อ ดังนี้ หน่วยงานได้ถ่ายทอดและสื่อสารแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ไปยังผู้ปฏิบัติ ผ่านช่องทางต่างๆ ($\bar{X}$=3.492, SD=1.056) กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนโครงการ/กิจกรรมภายใต้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=3.475, SD=1.072) มีภาคีเครือข่ายที่จะช่วยขับเคลื่อนงานตามแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ในระดับพื้นที่ ($\bar{X}$=3.356, SD=1.079) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ไปยังภาคีเครือข่ายเพื่อช่วยขับเคลื่อนงาน ($\bar{X}$=3.356, SD=0.996) และมีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ จากระดับองค์กรไปจนถึงระดับบุคคล ($\bar{X}$=3.356, SD=1.063)

**4. การนำแผนสู่การปฏิบัติโดยการติดตามและประเมินผล** ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.650 มีการนำแผนสู่การปฏิบัติ “ระดับมาก” และเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า มีการนำแผนสู่การปฏิบัติ “ระดับมาก” ทุกข้อ โดยมีการประเมินผลการดำเนินงาน ตามแนวทางที่กำหนดในแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=3.644, SD=1.013) มีการนำผลการติดตามหรือผลการประเมิน มาวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาช่องว่างและแนวทางในการแก้ไขปัญหา ($\bar{X}$=3.644, SD=0.996) และมีการติดตามการดำเนินงาน ตามแนวทางที่กำหนดในแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=3.661, SD=1.010)

**ผลการรับรู้และการนำแผนสู่การปฏิบัติในภาพรวม**

**1. ภาพรวมการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ** มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.707 การรับรู้ “ระดับมาก” เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า มีระดับการรับรู้ “ระดับมาก” ทุกข้อ โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อยดังนี้ การรับรู้ทิศทางและสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=3.976, SD=0.634) การรับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง ($\bar{X}$=3.807, SD=0.528) การรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=3.754, SD=0.686) และการตระหนักถึงความสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=3.712, SD=0.534) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพรวมการรับรู้แผน จำแนกรายข้อ

| การรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ | $\bar{X}$ | SD | ระดับการรับรู้ |
|---|---|---|---|
| 1. การตระหนักถึงความสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ | 3.712 | 0.534 | มาก |
| 2. การรับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง | 3.807 | 0.528 | มาก |
| 3. การรับรู้ทิศทางและสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ | 3.976 | 0.634 | มาก |
| 4. การรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ | 3.754 | 0.686 | มาก |
| **ภาพรวมการรับรู้แผน** | **3.707** | **0.470** | **มาก** |

**2. ภาพรวมการนำแผนสู่การปฏิบัติ** มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.450 อยู่ใน “ระดับปานกลาง” เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า การนำแผนสู่การปฏิบัติ “ระดับมาก” เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ได้แก่ การเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ($\bar{X}$=3.802, SD=0.979) และการติดตามและประเมินผล ($\bar{X}$=3.650, SD=0.983) ส่วน “ระดับปานกลาง” เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย ประกอบด้วย การสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติ ($\bar{X}$=3.407, SD=0.949) และความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน ($\bar{X}$=2.972, SD=0.923) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพรวมการนำแผนสู่การปฏิบัติ จำแนกรายข้อ

| การนำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ สู่การปฏิบัติ | $\bar{X}$ | SD | ระดับการนำแผนสู่การปฏิบัติ |
|---|---|---|---|
| 1. การเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ | 3.802 | 0.979 | มาก |
| 2. ความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน | 2.972 | 0.923 | ปานกลาง |
| 3. การสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติ | 3.407 | 0.949 | ปานกลาง |
| 4. การติดตามและประเมินผล | 3.650 | 0.983 | มาก |
| **ภาพรวมการนำแผนสู่การปฏิบัติ** | **3.450** | **0.836** | **ปานกลาง** |

**ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการนำแผนสู่การปฏิบัติ**

จากผลการวิเคราะห์โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน พบว่า การรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการนำแผนสู่การปฏิบัติในภาพรวม โดยมีค่า p=0.000 ซึ่งน้อยกว่า 0.01 นั่นคือ ปฏิเสธสมมุติฐานหลัก ($H_0$) และยอมรับสมมุติฐานรอง ($H_1$) หมายความว่า การรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ มีความสัมพันธ์กับการนำแผนสู่การปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เข้าใกล้ +1.0 แสดงว่ามีความสัมพันธ์กันโดยตรงในระดับปานกลาง กล่าวคือ หากผู้รับผิดชอบโครงการสำคัญมีการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ในภาพรวมมากขึ้น จะทำให้มีการนำแผนสู่การปฏิบัติในภาพรวม เพิ่มขึ้นระดับปานกลาง ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการนำแผนสู่การปฏิบัติในภาพรวม

| | | **ภาพรวมการนำแผนสู่การปฏิบัติ** |
|---|---|---|
| **ภาพรวมการรับรู้แผน** | Pearson's Correlation | 0.456** |
| | Sig. (2-tailed) | 0.000 |
| | แปลผล | มีความสัมพันธ์โดยตรงในระดับปานกลาง |

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

0 = ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน + = มีความสัมพันธ์กันโดยตรง - = มีความสัมพันธ์กันในเชิงตรงกันข้าม

**สรุปความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการนำแผนสู่การปฏิบัติรายข้อ** สรุปผลได้ดังนี้

**1. ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักถึงความสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ กับการนำแผนสู่การปฏิบัติฯ รายข้อ** ประกอบด้วย

- การตระหนักถึงความสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ มีความสัมพันธ์โดยตรงในระดับสูงกับการเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ (p=0.000) มีความสัมพันธ์โดยตรงในระดับปานกลางกับการสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติ (p=0.000) และการติดตามและประเมินผล (p=0.000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.504, 0.474 และ 0.485 ตามลำดับ
- การตระหนักถึงความสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า p=0.193 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0

**2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง (Strategic Problem) กับการนำแผนสู่การปฏิบัติ รายข้อ** ประกอบด้วย

- การรับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ (p=0.449) การสื่อสารและถ่ายทอดแผน

ไปยังผู้ปฏิบัติ (p=0.569) การติดตามและประเมินผล (p=0.375) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0

- การรับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์ในเชิงตรงกันข้ามในระดับปานกลางกับความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน (p=เท่ากับ 0.011) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.330

**3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทิศทางและสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ กับการนำแผนสู่การปฏิบัติ รายข้อ** ประกอบด้วย

- การรับรู้ทิศทางและสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ มีความสัมพันธ์โดยตรงในระดับสูงกับการเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการฯ (p=0.000) มีความสัมพันธ์โดยตรงในระดับปานกลางกับการสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติ (p=0.000) และการติดตามและประเมินผล (p=0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.518, 0.420 และ 0.414 ตามลำดับ
- การรับรู้ทิศทางและสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน (p=0.643) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0

**4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ กับการนำแผนสู่การปฏิบัติ รายข้อ** ประกอบด้วย

- การรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ มีความสัมพันธ์โดยตรงในระดับสูงกับการเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการฯ ประเมินผล (p=0.000) และการติดตามและประเมินผล (p=0.000) มีความสัมพันธ์โดยตรงในระดับปานกลางกับการสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติ (p=0.000) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.512, 0.515 และ 0.490 ตามลำดับ
- การรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ไม่มีความสัมพันธ์กับความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า p=0.401 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการนำแผนสู่การปฏิบัติภาพรวมและรายข้อ ดังภาพที่ 2

| | | การเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการฯ | ความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน | การสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติ | การติดตามและประเมินผล |
|---|---|---|---|---|---|
| **การตระหนักถึงความสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติฯ** | Pearson Correlation | **0.504**** | 0.193 | **0.474**** | **0.485**** |
| | Sig. (2-tailed) | 0.000 | 0.069 | 0.000 | 0.000 |
| | ระดับความสัมพันธ์ | สูง | ไม่สัมพันธ์ | ปานกลาง | ปานกลาง |
| **การรับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง (Strategic Problem)** | Pearson Correlation | 0.101 | **-0.330*** | 0.076 | 0.118 |
| | Sig. (2-tailed) | 0.449 | 0.011 | 0.569 | 0.375 |
| | ระดับความสัมพันธ์ | ไม่สัมพันธ์ | ปานกลาง | ไม่สัมพันธ์ | ไม่สัมพันธ์ |
| **การรับรู้ทิศทางและสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการฯ (Strategic Formulation)** | Pearson Correlation | **0.518**** | 0.062 | **0.420**** | **0.414**** |
| | Sig. (2-tailed) | 0.000 | 0.643 | 0.000 | 0.001 |
| | ระดับความสัมพันธ์ | สูง | ไม่สัมพันธ์ | ปานกลาง | ปานกลาง |
| **การรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการฯ (Strategic Implementation)** | Pearson Correlation | **0.512**** | 0.111 | **0.490**** | **0.515**** |
| | Sig. (2-tailed) | 0.000 | 0.401 | 0.000 | 0.000 |
| | ระดับความสัมพันธ์ | สูง | ไม่สัมพันธ์ | ปานกลาง | สูง |

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

0 = ไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน + = มีความสัมพันธ์กันโดยตรง — = มีความสัมพันธ์กันในเชิงตรงกันข้าม

**ภาพที่ 2** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการนำแผนสู่การปฏิบัติ

**ผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์**

**1. ทิศทาง/นโยบายในการสร้างการรับรู้แผนด้านโภชนาการฯ และการนำแผนสู่การปฏิบัติ** มีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) การสื่อสารและสร้างการรับรู้ โดยการสื่อสารเชิงรุกและหลากหลายช่องทาง การสนับสนุนกลไกการสื่อสารภายในหน่วยงาน การส่งเสริมความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ การเข้าถึงทุกระดับและกลุ่มเป้าหมาย การจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ การสื่อสารและถ่ายทอดความรู้สู่ผู้ปฏิบัติ 2) การบูรณาการภาคีเครือข่ายและการทำงานร่วมกัน โดยการสร้างกลไกบูรณาการการทำงานร่วมกัน

การสร้างความต่อเนื่องและความยั่งยืน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) การจัดการทรัพยากร เพื่อสร้างการรับรู้และนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ การจัดสรรงบประมาณสำหรับพื้นที่ห่างไกล การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและงานวิจัย 4) การปรับแผน โดยการปรับปรุงกลยุทธ์ตามบริบทพื้นที่ การใช้ผลการประเมินและข้อมูล 5) การกำหนดตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผู้รับผิดชอบประกอบด้วย โดยการพัฒนาตัวชี้วัดและเป้าหมาย การกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบที่ชัดเจน 6) การประเมินผลการดำเนินงาน โดยการประเมินผลการรับรู้ พัฒนาเครื่องมือและตัวชี้วัดสำหรับประเมินการรับรู้และความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

**2. ข้อเสนอแนะด้านทรัพยากร ภาคีเครือข่ายความร่วมมือ และการพัฒนาผลการดำเนินงาน** มีดังนี้ 1) ด้านทรัพยากร มีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นระบบและยั่งยืน การขับเคลื่อนเชิงนโยบายที่เข้มแข็ง การลงทุนในงานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ๆ 2) ด้านภาคีเครือข่ายความร่วมมือ มีการบูรณาการข้อมูลและการทำงานร่วมกัน การสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนและสถาบันการศึกษา การพัฒนาภาคีเครือข่าย เช่น การเพิ่มบทบาทขององค์กรวิจัยและการศึกษาด้านโภชนาการ เพื่อพัฒนาความรู้และข้อมูลในการปรับนโยบายให้เหมาะสมยิ่งขึ้น หรือการเพิ่มบทบาทของสื่อมวลชนในการเผยแพร่ความรู้ด้านโภชนาการให้มากขึ้น 3) ด้านการพัฒนาผลการดำเนินงาน มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนสำหรับทุกโครงการเพื่อติดตามความคืบหน้าและช่วยในการตัดสินใจ สื่อสารเพื่อให้เกิดการพัฒนาผลการดำเนินงาน เช่น ปรับปรุงกลยุทธ์การสื่อสาร เพื่อให้มั่นใจว่าทุกคนเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ สร้างฐานข้อมูลกลางด้านโภชนาการให้เข้าถึงข้อมูลทำได้ง่ายขึ้นและลดการซ้ำซ้อนในการทำงาน ปรับปรุงกระบวนการรายงานผล เพื่อให้สะท้อนภาพรวมของการดำเนินงานและให้ข้อมูลที่ชัดเจน ครบถ้วนและทันเวลา รวมถึงมีความยืดหยุ่นของแผนให้สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละปี

**3. ปัญหาและอุปสรรคที่พบ** มีดังนี้ **1) การระบุผู้มีส่วนได้เสีย**ที่เกี่ยวข้องกับแผนในแต่ละประเด็นเป็นเรื่องท้าทาย เนื่องจากบางหน่วยงานอาจไม่ทราบว่าตนเองเกี่ยวข้องหรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรผู้รับผิดชอบ **2) ระยะเวลาของโครงการที่ไม่ชัดเจน** บางโครงการอาจสิ้นสุดลงก่อนที่แผนจะดำเนินการเสร็จสิ้น ทำให้การรายงานผลไม่ครบถ้วนและอาจทำให้แผนงานไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ **3) งบประมาณ** หลายโครงการขึ้นอยู่กับการอนุมัติงบประมาณ ซึ่งอาจไม่แน่นอน ทำให้การวางแผนมีความไม่แน่นอน **4) ตัวชี้วัดที่ไม่ชัดเจน** ทำให้การติดตามและประเมินผลยาก โดยเฉพาะโครงการที่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนหรือโครงการที่ยังไม่ผ่านการอนุมัติ **5) การสื่อสาร** การรับรู้ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ครอบคลุม **6) การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย** มีความหลากหลาย ขาดการประสานงานระหว่างภาคส่วน **7) การติดตามผลโครงการ** บางหน่วยงานยืนยันว่าเกี่ยวข้องกับโครงการสำคัญ แต่รายงานผลว่าไม่ได้มีการดำเนินการ **8) การกำหนดนิยามที่ไม่ชัดเจน** เช่น "อาหารที่ไม่ดีสุขภาพ" ยังมีความซับซ้อนและต้องการหาข้อสรุปที่ชัดเจน **9) ปัญหาการขาดการรับรู้เกี่ยวกับแผนงาน** ผู้ที่เกี่ยวข้องบางส่วนยังไม่เข้าใจสาระสำคัญของแผนทั้งหมด จำเป็นต้องสร้างการรับรู้และการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น **10) การประเมินผลการดำเนินงานมีความยาก** เนื่องจากการวัดผลลัพธ์เป็นเรื่องยาก การสำรวจ

เป็นเครื่องมือสำคัญแต่มีข้อจำกัด **11) ปัญหาอุปสรรคสำคัญในการทำงาน** ได้แก่ งบประมาณที่จำกัด กฎระเบียบราชการที่ไม่เอื้ออำนวย และการขาดความร่วมมือจากภาคส่วนอื่น ๆ นอกเหนือจากภาคสุขภาพ **12) การเข้าถึงข้อมูลและการให้ความรู้ที่ไม่ครอบคลุม** โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือกลุ่มที่ขาดการศึกษา และยังขาดการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร **13) ความตระหนักของประชาชนเกี่ยวกับโภชนาการต่ำ** แม้จะมีการประชาสัมพันธ์และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการ แต่บางกลุ่มยังคงไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการอย่างจริงจัง อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคในระยะยาวเป็นเรื่องที่ยากและต้องใช้เวลาในการปรับตัว

## การอภิปรายผล

1. **ระดับการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ** จากผลการศึกษา **1) การตระหนักถึงความสำคัญของแผน** ในประเด็นความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องตลอดห่วงโซ่อาหารเท่านั้น อยู่ใน “ระดับปานกลาง” ซึ่งความเป็นจริงเน้นความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อาจเนื่องมาจากกลุ่มเป้าหมายของงานวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานภาครัฐ (ร้อยละ 88.1) ทำให้ตอบคำถามในมิติที่หน่วยงานเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามควรสื่อสารแผนให้ครอบคลุมมากขึ้น และวิเคราะห์บทบาทของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เพื่อสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของแผนและสร้างความร่วมมือขับเคลื่อนงาน **2) การรับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง** ในประเด็นการรับรู้สถานการณ์ที่ทั่วโลกขาดแคลนอาหารรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความไม่มั่นคงทางอาหาร แต่ไม่กระทบกับภาวะโภชนาการหรือสุขภาพของประชาชนผู้ตอบแบบสอบถามรับรู้ “ระดับปานกลาง” ซึ่งในแผนอธิบายไว้ว่ามีผลกระทบกับภาวะโภชนาการ สะท้อนให้เห็นว่าอาจมีบางสถานการณ์ที่ภาคีเครือข่ายเข้าไม่ถึงสาระสำคัญของแผนแต่อาจรับรู้ข่าวสารจากแหล่งอื่น จึงควรมีกิจกรรมสร้างการรับรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อสื่อสารสถานการณ์ให้มากขึ้น รวมถึงเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและเข้าถึงง่าย **3) การรับรู้ทิศทางและสาระสำคัญของแผน** ประเด็นที่ “รับรู้มาก” คือเป้าหมายสูงสุด วิสัยทัศน์ของแผน ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิติยา ทองทรัพย์ทวี[8] เรื่อง “การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี” ซึ่งบุคลากรรับรู้แผนยุทธศาสตร์ (ทิศทางและสาระสำคัญของแผน) ในภาพรวม “ระดับมาก” เช่นเดียวกัน แต่รับรู้วิสัยทัศน์ “ระดับมากที่สุด” แสดงให้เห็นระดับการรับรู้ที่อาจจะเหมือนหรือต่างกันตามบริบทของงานวิจัยที่ศึกษา ควรวางกลยุทธ์ในการสื่อสารและช่องทางการเข้าถึงข้อมูลแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ เพื่อเพิ่มการรับรู้ของภาคีเครือข่ายให้ครอบคลุมมากขึ้น **4) การรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ** ประเด็นที่ “รับรู้ปานกลาง” คือแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ไม่ได้กำหนดความถี่ของการรายงานผล ซึ่งในความเป็นจริงกำหนดไว้ในแผนอย่างชัดเจน จึงควรสร้างการรับรู้ของภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ให้มากขึ้น

**2. การนำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ สู่การปฏิบัติ** จากผลการศึกษา **1) การนำแผนสู่การปฏิบัติโดยการเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการฯ** ภาพรวมรับรู้ “ระดับมาก” และมีการนำแผนสู่การปฏิบัติรายข้อ “ระดับมาก” ทุกข้อ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรินทร์ ทิพย์ ศรีกงพล[9] ศึกษาการประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) โดยใช้ CIPP Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ผลการประเมินด้านบริบทพบว่า แผนยุทธศาสตร์สุขภาพมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาตินโยบายรัฐบาล ($\bar{X}$=4.54, SD=0.54) ในระดับมาก **3) การนำแผนสู่การปฏิบัติโดยมีความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน** ทั้งภาพรวมและรายข้อ มีการนำแผนสู่การปฏิบัติ “ระดับปานกลาง” แตกต่างกับผลการวิจัยของ ภาสินี คุ้มคง และอนุรัตน์ อนันทนาธร[2] เรื่อง “การศึกษาการนำนโยบายแผนพัฒนาเมืองพัทยาตามแนวทาง NEO PATTAYA (พ.ศ. 2563-2565) ไปปฏิบัติ” พบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรปัจจัยที่มีต่อนโยบายแผนพัฒนาเมืองพัทยาตามแนวทาง NEO PATTAYA (พ.ศ. 2563-2565) อยู่ในระดับมากทุกด้านที่ศึกษา **3) การนำแผนสู่การปฏิบัติโดยการสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติ** ทั้งภาพรวมและรายข้อ มีการนำแผนสู่การปฏิบัติ “ระดับปานกลาง” แตกต่างกับการประเมินผลยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค และแผนปฏิบัติการด้านทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2563-2567 ระยะครึ่งแผน (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565)[10] พบว่า บุคลากรมีความคิดเห็นภาพรวมต่อกระบวนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการลงสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับมากทุกประเด็น **4) การนำแผนสู่การปฏิบัติโดยการติดตามและประเมินผล** ทั้งภาพรวมและรายข้อ มีการนำแผนสู่การปฏิบัติ “ระดับมาก” สอดคล้องกับงานวิจัยของทรรศวิช คำเจริญ[11] ที่ประเมินผลระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พบว่า ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานประเมินด้านกระบวนการในประเด็นการกำกับ ติดตามการดำเนินงานระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดมีความต่อเนื่อง “ระดับมาก” อย่างไรก็ตาม แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ ควรมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะเพื่อให้เห็นความก้าวหน้าของผลลัพธ์ที่คาดหวัง ปัญหาที่เป็นคอขวดในการดำเนินการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนโครงการและกิจกรรมต่างๆ

**3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และการนำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ สู่การปฏิบัติ** พบว่า 1) การตระหนักถึงความสำคัญของแผน การรับรู้ทิศทางและสาระสำคัญของแผน การรับรู้เกี่ยวกับการขับเคลื่อนแผน มีความสัมพันธ์โดยตรงในระดับสูงกับการเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ การสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติ และการติดตามและประเมินผล แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน กล่าวได้ว่าหากภาคีเครือข่ายตระหนักถึงความสำคัญของแผน (รู้ความสำคัญ) รับรู้ทิศทางของการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาโภชนาการของประเทศไทย (รู้ทิศทาง) และรับรู้บทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบในการขับเคลื่อนงาน (รู้การขับเคลื่อน) อย่างชัดเจน จะทำให้มีการกำหนดเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับแผน เกิดการสื่อสารไปยังผู้ปฏิบัติและมีการติดตามและประเมินผล ซึ่งจะช่วยให้ทราบสถานะของการดำเนินงาน

ทั้งความสำเร็จ จุดแข็ง จุดอ่อน และแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข รวมถึงการบริหารโครงการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วากร แสร์สุวรรณ และธนัสถา โรจนตระกูล[12] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามการทุจริตคอร์รัปชัน กรณีศึกษาเขตเทศบาลนครพิษณุโลก พบว่า การรับรู้ปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามการทุจริตคอร์รัปชันในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก เทียบได้กับการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา (แผน) ของประชาชนกับการขับเคลื่อนงาน (ขับเคลื่อนแผน) โดยการมีส่วนร่วมของประชาชน 2) การรับรู้สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้อง ไม่มีความสัมพันธ์กับการเชื่อมโยงเป้าหมาย/โครงการ/กิจกรรมของหน่วยงานกับแผนปฏิบัติการฯ การสื่อสารและถ่ายทอดแผนไปยังผู้ปฏิบัติและการติดตามและประเมินผล แต่มีความสัมพันธ์อย่างมากในเชิงตรงกันข้ามกับความพอเพียงของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน ซึ่งความสัมพันธ์ในเชิงตรงกันข้ามนี้อาจอธิบายได้จาก “วงจรความสนใจของปัญหา (Issue Attention Cycle)”[13] ที่เริ่มต้นจากการที่สังคมให้ความสำคัญกับปัญหาเป็นอย่างมากในช่วงแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไป ความสนใจลดลงเพราะสังคมรู้สึกว่าแก้ไขยากหรือเกิดความอิ่มตัวในการรับรู้ ดังนั้นปัญหาด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องหลายมิติตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ภาครัฐอาจตื่นตัวในช่วงแรก แต่เมื่อเวลาผ่านไป ทรัพยากรอาจถูกจัดสรรให้กับปัญหาใหม่ที่เร่งด่วนกว่า

**4. ข้อเสนอแนะแนวทางในการสื่อสารสร้างการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ**

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการประเมินผลระยะครึ่งแผน รวมทั้งปรับปรุงแผนระยะถัดไป มีดังนี้ **1) การสื่อสารเชิงรุกและหลากหลายช่องทาง** โดยสื่อที่ใช้ เช่น สื่อดิจิทัล เว็บไซต์ โซเชียลมีเดีย อินโฟกราฟิก วิดีโอ และคู่มือ เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และจัดอบรมหรือสัมมนาเพื่อเผยแพร่เนื้อหาแผนฯ อย่างเหมาะสม **2) การสนับสนุนกลไกภายในองค์กร/หน่วยงาน** กำหนดผู้รับผิดชอบการสื่อสารและสร้างช่องทางสำหรับแลกเปลี่ยนข้อมูล เช่น จดหมายข่าวหรือระบบออนไลน์ **3) ความร่วมมือระหว่างภาคส่วน** สร้างความร่วมมือกับภาคเอกชน สื่อมวลชน และสถาบันการศึกษา รวมถึงการประชาสัมพันธ์ในระดับพื้นที่ โดยร่วมมือกับเครือข่ายชุมชน **4) การเข้าถึงทุกระดับ** สร้างการรับรู้ให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม เช่น หน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และประชาชน โดยกระจายข้อมูลถึงระดับพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น **5) การจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้** จัดกิจกรรมสาธารณะ เช่น การสัมมนา การประชุมเชิงปฏิบัติการ และเวทีชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแผน **6) การสื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ** จัดอบรมและเผยแพร่ข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้าใจแผน โดยใช้สื่อดิจิทัลและแพลตฟอร์มออนไลน์

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

ควรนำผลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาให้เกิดการสื่อสารสร้างการรับรู้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญและนำแผนสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล ดังนี้

1) เพิ่มการสื่อสารเชิงรุก โดยใช้สื่อดิจิทัล โซเชียลมีเดีย อินโฟกราฟิก และวิดีโอ เพื่อสร้างการรับรู้อย่างทั่วถึง

2) สนับสนุนกลไกภายในหน่วยงาน กำหนดบุคคลหรือหน่วยงานรับผิดชอบการสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูล

3) ส่งเสริมความร่วมมือกับภาคเอกชน สถาบันการศึกษา และสื่อมวลชนเพื่อเพิ่มการรับรู้

4) จัดกิจกรรมในรูปแบบของการสัมมนา ประชุมเชิงปฏิบัติการ และเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

5) สื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติโดยถ่ายทอดสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการให้ครอบคลุมทุกระดับ

6) ปรับแผนตามบริบทพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินผลเพื่อลดอุปสรรคในการดำเนินงาน

7) กำหนดตัวชี้วัดและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อการประเมินผลอย่างเป็นรูปธรรม

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

1) วิเคราะห์ผลกระทบในระยะยาว โดยศึกษาความต่อเนื่องของการรับรู้และการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

2) เปรียบเทียบกลยุทธ์การสื่อสาร เพื่อศึกษาวิธีที่มีประสิทธิภาพในการกระจายข้อมูลสู่กลุ่มเป้าหมาย

3) พัฒนาระบบติดตามและประเมินผล โดยสร้างเครื่องมือวัดผลที่แม่นยำขึ้น

4) ศึกษาความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย โดยวิเคราะห์บทบาทของหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนแผน

5) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ วิเคราะห์ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง

6) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในแต่ละพื้นที่ เปรียบเทียบแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมในแต่ละบริบท

7) พัฒนาเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ศึกษาการใช้ AI หรือ Big Data เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนแผน

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ. แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติ ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2566-2570) [อินเตอร์เน็ต]. สำนักโภชนาการ. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มิ.ย. 15]. เข้าถึงได้จาก: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/nutrition-action-plan
2. ภาสินี คุ้มคง, อนุรัตน์ อนันทนาธร. การศึกษาการนำนโยบายแผนพัฒนาเมืองพัทยาตามแนวทาง NEO PATTAYA (พ.ศ. 2563-2565) ไปปฏิบัติ. วารสารมหาวิทยาลัยบูรพา[อินเตอร์เน็ต]. 2566[เข้าถึงเมื่อ 2568 ม.ค. 15];15:177-193. เข้าถึงได้จาก https://ojs.lib.buu.ac.th/index.php/law/article/view/9056
3. เพ็ญศรี ชื่นชม. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้คุณค่าของงานกับประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางด้านการเงินและบัญชีในมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. วารสารสังคมศาสตร์ นิติรัฐศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ม.ค. 15];4:74-95. เข้าถึงได้จาก: https://so02.tci-thaijo.org/index.php/Lawpol_Journal/article/view/244815

4. อโณทัย งามวิจัยกิจ, รฐา เบญจพลานนท์, นันทิยา สมเจตนากุล. สำรวจการรับรู้แผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 ไปสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ส.ค. 27]. เข้าถึงได้จาก: https://plan.fda.moph.go.th/media.php?id=536746648030814208&name=binder18537.pdf
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. อนาคตไทย อนาคตเรา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ส.ค. 27]. เข้าถึงได้จาก: http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2022/03/5_NS-ส่วนที่-1-บทนำ_070365.pdf
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970;30:607-10.
7. Gignac GE, Szodorai ET. Effect size guidelines for individual differences researchers. Pers Individ Dif. 2016;102:74-8. doi:10.1016/j.paid.2016.06.069
8. กิติยา ทองทรัพย์ทวี. การรับรู้แผนยุทธศาสตร์ของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี [อินเตอร์เน็ต]. 2564[เข้าถึงเมื่อ 2568 ม.ค. 10]. เข้าถึงได้จาก http://www.repository.rmutt.ac.th/dspace/bitstream/123456789/4089/3/20231002-Research-Kitiya%20T.pdf
9. วรินทร์ทิพย์ ศรีกงพล. การประเมินแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ จังหวัดขอนแก่น ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565). วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ[อินเตอร์เน็ต]. 2567[เข้าถึงเมื่อ 2568 ม.ค. 10];17:59-71. เข้าถึงได้จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/265089/182453
10. อุบลวรรณ พุ่มไสว, เสมารัตน์ ปานท้วม. การประเมินผลยุทธศาสตร์ด้านทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค และแผนปฏิบัติการด้านทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2563 – 2567 ระยะครึ่งแผน (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 – 2565) [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองบริหารทรัพยากรบุคคล กรมควบคุมโรค [เข้าถึงเมื่อ 2567 ธ.ค.20]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1497220231114024219.pdf
11. ทรรศวิช คำเจริญ, วรางคณา จันทร์คง, สมโภช รติโอฬาร. การประเมินผลระบบบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ[อินเตอร์เน็ต], 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2568 ม.ค. 15];13:368-379. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/254887
12. วากร แสร์สุวรรณ, ธนัสถา โรจนตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและปราบปรามการทุจริตคอร์รัปชัน: กรณีศึกษาเขตเทศบาลนครพิษณุโลก. Journal of Roi Kaensarn Academi[อินเตอร์เน็ต], 2565[เข้าถึงเมื่อ 2568 ม.ค. 15];7:349–364. เข้าถึงได้จาก: https://so02.tci-thaijo.org/index.php/JRKSA/article/view/255713
13. Downs A. “Up and down with Ecology-the “Issue-Attention Cycle.” [Internet]. 1972 [cited 2025 Jan 10]. Available from https://www.nationalaffairs.com/public_interest/detail/up-and-down-with-ecologythe-issue-attention-cycle

# ผลของการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

**นัฐรัมภาพร ธนปิยวัฒน์[*], อภิฤดี พาผล[**a], วริศรา ปั่นทองหลาง[**], ปทิตตา ทรวงโพธิ์[**], วิราพร สืบสุนทร[**], เยี่ยม คงเรืองราช[**], สุชาฎา คล้ายมณี[**], ศักดิ์สิน สิมสินธุ์[**], ญาณิพิชย์ เพชรรามพะเนาว์[**], สุรีรัตน์ แก้วเอก[**]**

## บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตนและความเชื่อมั่นต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ที่จะขึ้นฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 จำนวน 80 คน เก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังการใช้สถานการณ์จำลองผู้ป่วยในการเตรียมความพร้อม เครื่องมือที่ใช้การวิจัยได้แก่ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการปฏิบัติการพยาบาลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 และแบบประเมินความเชื่อมั่นต่อการสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงบรรยาย และการทดสอบ Paired t-test

ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังนี้ 1) คะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนด้านการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สูงกว่าก่อนใช้สถานการณ์จำลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.001$ และ 2) นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต มีความเชื่อมั่นต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในระดับสูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.63 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (SD=0.56)

**คำสำคัญ:** สถานการณ์จำลองเสมือนจริง; การรับรู้ความสามารถแห่งตน; การปฏิบัติการพยาบาล

---

[*] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

[**] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

[a] Corresponding author: อภิฤดี พาผล Email: papolruedee@gmail.com

***รับบทความ: 16 ม.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 18 ก.พ. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 19 ก.พ. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 23 มี.ค. 68***

# Effects of the Preparations for Practical Training in Adult and Elderly Nursing Practice 1 Using Virtual Simulation Scenarios for 2nd Year Nursing Students, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

**Natrampaporn Thanapiyawat[*], Apiruedee Papol[**a], Warissara Panthonglang[**], Patitta Suangpho[**], Wiraporn Suebsoontorn[**], Yiam Khongruangrat[**], Suchada Klaimanee[**], Saksin Simsin[**], Yanipit Pechrampanao[**], Sureerat Kaeweak[**]**

## Abstract

The objective of this quasi-experimental research was to compare nursing students' perceived self-efficacy and confidence in using virtual simulation scenarios in the Adult and Geriatric Nursing Practicum 1 course, before and after using the virtual simulation scenarios. Samples were 80 nursing students of Nakhon Ratchasima Rajabhat University. Instruments used in this study were the virtual simulation scenarios and a questionnaire on students' perceived self-efficacy and confidence in using the virtual simulation scenarios, both tested for content and demonstrated reliability with a Cronbach's alpha coefficient of 0.89. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results were as follows: 1) the nursing students' perceived self-efficacy mean scores, after the simulation-based learning for nursing practice preparation, were significantly higher than those before the preparation ($p<0.001$); and 2) nursing students' confidence with the virtual simulation scenarios for nursing practice was at a highest level with an average score of 4.63 (SD=0.56).

**Keywords:** Simulation-based learning, Perceived self-efficacy, Nursing practice

[*] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

[**] Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

[a] Corresponding author: Apiruedee Papol Email: papolruedee@gmail.com

***Received: Jan. 16, 25; Revised: Feb. 18, 25; Accepted: Feb. 19, 25; Published Online: Mar. 23, 25***

## บทนำ

วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มุ่งเน้นการปฏิบัติเป็นสำคัญ โดยการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคลครอบครัวหรือสังคมในส่วนรวมในการให้บริการสุขภาพอนามัยนี้ พยาบาลจะต้องปฏิบัติทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลเป็นอย่างดีและสามารถนำความรู้ ไปประยุกต์ในการให้บริการพยาบาลแก่ผู้มารับบริการแต่ละรายได้เหมาะสม[1]

วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 เป็นวิชาในหลักสูตรการศึกษาพยาบาล หมวดวิชาชีพเฉพาะ มีการจัดการเรียนการสอนโดยการฝึกภาคปฏิบัติ นักศึกษาจำเป็นต้องใช้ความรู้ในหลายด้านเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยจะต้องเน้นทั้งในด้านของการพยาบาลและการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งรวมถึงความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพ การเข้าใจโรคและภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การใช้ยาและผลข้างเคียงของยา การประเมินสุขภาพ การตรวจสุขภาพร่างกายและจิตใจ ข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดขณะฝึกปฏิบัติงานคือ การขึ้นฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วยเป็นความแปลกใหม่ การขาดประสบการณ์ และไม่รู้ว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร เกิดความกลัวในการตัดสินใจ[2] ดังนั้นการใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation-based learning: SBL) ในรายวิชาปฏิบัติ จะช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกทดลองในการปฏิบัติงานในสถานพยาบาลจริง และช่วยให้นักศึกษาสามารถนำความรู้ที่ได้เรียนมาปรับใช้ในสถานการณ์จริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ[3] เป็นการเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน นักศึกษาจะมีโอกาสฝึกฝนในสถานการณ์จำลอง นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการการเรียนรู้จากประสบการณ์ ที่ช่วยเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีสู่การปฏิบัติไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย สนับสนุนนักศึกษาให้มีทักษะการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ

การจัดการเรียนการสอนปัจจัยด้านความรู้และทักษะนี้ เกิดจากความกลัวในการตัดสินใจทางคลินิกและการตอบสนองที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเครียดขณะฝึกปฏิบัติ[4] และในการฝึกภาคปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ผู้เรียนจะต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติการพยาบาล สถานการณ์จำลองจึงเป็นปัจจัยส่งเสริมการเรียนการสอน และนำไปสู่ความสำเร็จในการเรียนการสอน[5] Bandura[6] ได้ให้ความหมาย การรับรู้ความสามารถแห่งตน มีผลต่อการกระทำของบุคคล เป็นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการปฏิบัติทักษะต่าง ๆ ส่วนความเชื่อมั่นต่อการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง หมายถึง การที่ผู้เรียนเกิดความมั่นใจ ลดความวิตกกังวลก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจริงบนหอผู้ป่วย ดังนั้นการใช้สถานการณ์จำลองจะช่วยให้นักศึกษาเป็นการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเอง เพื่อให้บุคคลการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สถานการณ์จำลองเสมือนจริง สามารถช่วยให้นักศึกษาพัฒนาทักษะด้านการศึกษาที่มีวิจารณญาณและไตร่ตรอง ผลการนำไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลในสถาบันทั่วประเทศและทั่วโลกประสบความสำเร็จในการใช้การเรียนการสอนโดยการจำลองทางคลินิกมาช่วยพัฒนาการจัดการเรียนการสอน ช่วยให้นักศึกษามีความพร้อมในการฝึกประสบการณ์[7]

**วัตถุประสงค์การศึกษา**

1. เปรียบเทียบคะแนนการตระหนักรู้สมรรถนะด้านการพยาบาลของนักศึกษา หลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1
2. ศึกษาคะแนนความเชื่อมั่นของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ต่อสถานการณ์จำลอง

## วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถานการณ์จำลองวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในกลุ่มตัวอย่างที่ขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 เพื่อศึกษาผลการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาล และความเชื่อมั่นของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ต่อสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษานี้เป็นการศึกษากับประชากรนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา จำนวน 80 คน และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้คือ สถานการณ์จำลองเสมือนจริง รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ที่ถูกสร้างขึ้นจากเนื้อหาของรายวิชา นำไปผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ที่เป็นอาจารย์ในสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีประสบการณ์ในการสอนโดยใช้สถานกาณ์จำลองเสมือนจริง หลังการประเมินได้มีการปรับปรุงเนื้อหาและสถานการณ์ให้สมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการปฏิบัติการพยาบาลรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับให้คะแนนระหว่างมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึงน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน

ชุดที่ 2: แบบประเมินความเชื่อมั่นต่อการสถานการณ์จำลองเสมือนจริงรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในการฝึกปฏิบัติ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5ระดับให้คะแนนระหว่างมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึงน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน

โดยการแปลผล คะแนนค่าเฉลี่ยและความเชื่อมั่นต่อการสถานการณ์จำลองเสมือนจริงรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ของนักศึกษาจะถูกแบ่งเป็น 5 ระดับตามค่าเฉลี่ยของคะแนน ดังนี้ 4.51-5.00 ระดับมากที่สุด, 3.51-4.50 ระดับมาก, 2.51-3.50 ระดับปานกลาง, 1.51-2.50 ระดับน้อย และต่ำกว่า 1.50 ระดับไม่มีความเชื่อมั่น[8]

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

แบบสอบถาม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการสอนสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 3 ท่าน และมีลักษณะเป็นมาตรส่วนประเมินค่า (Likert rating scale) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลอง ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม กับนักศึกษาจำนวน 30 คน เพื่อโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความเชื่อมั่นต่อการสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.89 ทั้ง 2 ฉบับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตก่อนเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง
2. จัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง และเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และความเชื่อมั่นต่อการสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

**ขั้นตอนการ จัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง**

ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยประยุกต์ตามการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนของ มาลี คำคง และปรียนุช ชัยกองเกียรติ[9] และ สมศรี ทาทาน และวรภรณ์ ศรีจันทร์พาล[10] ดังนี้

1. การเตรียมก่อนการสอน: สถานการณ์จำลองเสมือนจริงรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ของผู้สอนและผู้เรียน
    1.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ บทบาทผู้เรียน
    1.2 เตรียมผู้สอน กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ บทบาทผู้สอน และเวลา
    1.3 เตรียมสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ตรวจสอบคุณภาพ ซักซ้อม
    1.4 เตรียมสิ่งแวดล้อม ห้องเรียน ห้องสถานการณ์จำลอง ด้านกายภาพได้แก่ อุปกรณ์และสิ่งแวดล้อมที่ได้จัดให้เหมือนจริง เช่น รถฉีดยาที่มีกระบอกฉีด เข็มฉีดยา สำลีแอลกอฮอล์ พลาสเตอร์ และอื่น ๆ[11]
2. การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง มี 3 ขั้นตอน ดังนี้
    2.1 ขั้นนำ (Pre-brief) เป็นการแนะนำสถานการณ์ แบ่งบทบาทของผู้เรียน ใช้เวลา 20 นาที
    2.2 ขั้นดำเนินการสอน (Simulation) ใช้เวลา 20 นาที กิจกรรมในขั้นตอนนี้ คือ ผู้สอนแสดงบทบาทเป็นแพทย์ ผู้เรียนการประเมินสภาพผู้ป่วย คิดวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่กำหนดให้ รายงานอาการผู้ป่วยกับอาจารย์ที่รับบทบาทในสถานการณ์

นำข้อมูลมาระบุปัญหาและตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ แสดงบทบาทตามที่กลุ่มกำหนดไว้ โดยผู้สอนคอยให้ข้อมูล ให้คำแนะนำและสังเกต บันทึก พฤติกรรมของผู้เรียนและให้คะแนน

2.3 ขั้นสรุปและประเมินการเรียนรู้ (Debrief) กระบวนการที่ใช้ในการสะท้อนผลการเรียนรู้และประเมินประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยการสะท้อนและประเมินผล ผู้สอนและผู้เรียนจะร่วมกันสะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลอง เช่น สิ่งที่ทำได้ดี สิ่งที่สามารถปรับปรุงได้ หรือสิ่งที่เรียนรู้จากประสบการณ์ในครั้งนั้น รวมถึงการประเมินการตัดสินใจ: ผู้เรียนจะได้ประเมินการตัดสินใจที่ตนเองทำในสถานการณ์จำลอง และเรียนรู้ว่าการตัดสินใจเหล่านั้นมีผลกระทบอย่างไรในบริบทจริง และพัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ ใช้เวลา 30 นาที รายละเอียดการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** กิจกรรมการเรียนการสอน

| กิจกรรม | พฤติกรรมที่คาดหวังของผู้เรียน |
|---|---|
| **ขั้นนำ (Pre-brief)**<br>ขั้นตอนการแนะนำสถานการณ์ แบ่งบทบาทของผู้เรียน | 1. เตรียมความพร้อม ทบทวนความรู้ ศึกษากรณีศึกษา<br>2. ศึกษาและทำความเข้าใจการใช้อุปกรณ์ในห้องสถานการณ์จำลองเสมือนจริง |
| **ขั้นดำเนินการสอน (Simulation)**<br>ผู้สอนแสดงบทบาทเป็นแพทย์ | 1. ประเมินการรับรู้ของตนเอง<br>2. ปฏิบัติการพยาบาลตามรูปแบบที่กำหนด การประเมินสภาพผู้ป่วย คิดวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในสถานการณ์จำลองที่กำหนดให้<br>3. แสดงความกระตือรือร้น<br>4. ให้ความสนใจต่อการมอบหมายงานจากอาจารย์ประจำห้องสถานการณ์จำลองเสมือนจริง<br>5. บันทึกทางการพยาบาลขณะฝึกในสถานการณ์<br>6. ประเมินผลลัพธ์ภายหลังการให้การพยาบาลกับกรณีศึกษาที่อยู่ภายในห้องสถานการณ์จำลองเสมือนจริง |
| **ขั้นสรุปและประเมินการเรียนรู้ (Debrief)**<br>ผู้สอนและผู้เรียนจะร่วมกันสะท้อนถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง | 1. สะท้อนความคิดเห็น ความรู้สึกต่อการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์<br>2. ประเมินผลลัพธ์ร่วมกับอาจารย์ และเพื่อนร่วมทีม<br>3. สรุปความคิดรวบยอดจากประสบการณ์ที่ได้รับ |

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย
2. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยใช้การทดสอบที (Paired t-test)
3. คะแนนความเชื่อมั่นต่อการสถานการณ์จำลองเสมือนจริงรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย การแปลผลตามระดับค่าเฉลี่ยของคะแนน

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ HE-001-2567 หลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และได้ทำการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการเก็บรวมรวมข้อมูล ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความร่วมมือ ด้วยการลงนามอนุญาตเพื่อเข้าร่วมในงานวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาศึกษา และไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างแต่ประการใด

## ผลการวิจัย

ข้อมูลการศึกษา ประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไปคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการทดลอง และความเชื่อมั่นของนักศึกษาต่อการสถานการณ์จำลองเสมือนจริงรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ได้ดังนี้

**ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.3 มีอายุระหว่าง 31-19 ปี อายุเฉลี่ย 20.13 ปี (SD=1.44) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| เพศ | | |
| ชาย | 3 | 3.7 |
| หญิง | 77 | 96.3 |
| อายุ (อายุระหว่าง 19-31 ปี, SD=1.44) | | |
| 19 ปี | 19 | 23.75 |
| 20 ปี ขึ้นไป | 61 | 76.25 |

**ตอนที่ 2 ข้อมูลการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการใช้สถานการณ์จำลอง**

จากการวิเคราะห์การรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการปฏิบัติพยาบาลก่อนและหลังการสถานการณ์จำลองรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 พบว่า คะแนนการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาหลังการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการสอน ค่าเฉลี่ยก่อนการสอน เท่ากับ 4.24 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (SD=0.39) หลังการสอน เท่ากับ 4.84 (SD=0.19) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันสงบสติอารมณ์เมื่อเผชิญกับความยากลำบาก ฉันพึ่งพาความสามารถในการรับมือของฉัน และ ฉันคิดว่าฉันมีไหวพริบ พอที่จะวิธีจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.93 (SD=0.27) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ หากมีอุปสรรคขัดขวาง ฉันจะค้นหาหนทางและวิธีเพื่อให้ได้สิ่งที่ฉันต้องการ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.68 (SD=0.47) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังใช้สถานการณ์จำลอง (n=80)

| | การรับรู้ความสามารถ | ค่าคะแนนก่อน | | ค่าคะแนนหลัง | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | $\bar{x}$ | SD | $\bar{x}$ | SD |
| 1. | ฉันสามารถแก้ไขปัญหายาก ๆ ได้เสมอหากฉันพยายามมากพอ | 3.84 | 0.70 | 4.85 | 0.39 |
| 2. | ฉันสงบสติอารมณ์เมื่อเผชิญกับความยากลำบาก ฉันพึ่งพาความสามารถในการรับมือของฉัน | 4.00 | 0.78 | 4.93 | 0.27 |
| 3. | มันง่ายสำหรับฉันที่จะยึดมั่นในเป้าหมายและปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย | 4.25 | 0.74 | 4.86 | 0.35 |
| 4. | ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ | 4.11 | 0.73 | 4.89 | 0.32 |
| 5. | ฉันคิดว่าฉันมีไหวพริบ พอที่จะวิธีจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดฝันที่เกิดขึ้นได้ | 4.61 | 0.58 | 4.93 | 0.27 |
| 6. | ฉันสามารถแก้ไขปัญหาในการพยาบาลได้ หากฉันใช้ความพยายาม | 4.51 | 0.62 | 4.89 | 0.32 |
| 7. | เมื่อเผชิญกับอุปสรรค ฉันมักจะพบวิธีแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ | 3.83 | 0.73 | 4.83 | 0.41 |
| 8. | ถ้าฉันมีปัญหา ฉันมักจะคิดหาวิธีแก้ปัญหาได้ | 4.45 | 0.59 | 4.84 | 0.37 |
| 9. | ฉันมักจะสามารถจัดการกับทุกสิ่งที่เป็นอุปสรรคของฉันได้ | 4.35 | 0.58 | 4.69 | 0.47 |
| 10. | หากมีอุปสรรคขัดขวาง ฉันจะค้นหาหนทางและวิธีเพื่อให้ได้สิ่งที่ฉันต้องการ | 4.44 | 0.63 | 4.68 | 0.47 |
| | **รวม** | **4.24** | **0.39** | **4.84** | **0.19** |

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนและหลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตมีค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในการปฏิบัติพยาบาลสูงกว่าก่อนการใช้สถานการณ์จำลองรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถแห่งตน ในปฏิบัติพยาบาล (n=80)

| ตระหนักรู้สมรรถนะการพยาบาล | n | $\bar{x}$ | SD | t | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ก่อนใช้สถาณการณ์จำลอง** | 80 | 4.24 | 0.39 | 12.85 | 79 | 0.00*** |
| **หลังใช้สถาณการณ์จำลอง** | 80 | 4.84 | 0.19 | | | |

***p<0.001

**ตอนที่ 3 ความเชื่อมั่นของนักศึกษาต่อการสถานการณ์จำลองรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1**

ความเชื่อมั่นของนักศึกษาต่อการสถานการณ์จำลองรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้สถานการณ์จำลอง โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความเชื่อมั่น มากที่สุด ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.63 จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน (SD=0.56) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีความมั่นใจต่อการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย มีระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.71 (SD=0.53) รองลงมา คือ ได้รับประสบการณ์ในการประเมินสภาพของผู้ป่วยก่อนการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.67 (SD=0.55) และอาจารย์มีการชี้แจงบทเรียนก่อนเข้าสถานการณ์ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.67 (SD=0.58) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ มีความรู้มากขึ้นหลังผ่านการฝึกในสถานการณ์ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.53 (SD=0.57) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ความเชื่อมั่นของนักศึกษาต่อการสถานการณ์จำลองรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 (n=80)

| | ความเชื่อมั่นของนักศึกษา | ค่าคะแนน | |
|---|---|---|---|
| | | $\bar{x}$ | SD |
| 1. | มีความรู้มากขึ้นหลังผ่านการฝึกในสถานการณ์ | 4.53 | 0.57 |
| 2. | สถานการณ์จำลองในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ช่วยให้ได้ฝึกประสบการณ์ในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย | 4.64 | 0.52 |
| 3. | ได้เรียนรู้การตอบสนองความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น | 4.65 | 0.55 |
| 4. | สถานการณ์ที่กำหนดให้ช่วยพัฒนาทักษะปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 | 4.62 | 0.56 |
| 5. | ได้รับประสบการณ์ในการประเมินสภาพของผู้ป่วยก่อนการปฏิบัติงาน | 4.67 | 0.55 |
| 6. | เรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง ในการปฏิบัติตนก่อนไปปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย | 4.65 | 0.58 |
| 7. | รู้สึกมีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล | 4.56 | 0.57 |

**ตารางที่ 5** (ต่อ) ความเชื่อมั่นของนักศึกษาต่อการสถานการณ์จำลองรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 (n=80)

| ความเชื่อมั่นของนักศึกษา | ค่าคะแนน | |
|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | SD |
| 8. อาจารย์มีการชี้แจงบทเรียนก่อนเข้าสถานการณ์ | 4.67 | 0.58 |
| 9. ได้เรียนรู้การทำงานเป็นทีม | 4.64 | 0.59 |
| 10. มีความมั่นใจต่อการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย | 4.71 | 0.53 |
| **รวม** | **4.63** | **0.56** |

## การอภิปรายผล

1. ผลการสถานการณ์จำลองรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง พบว่านักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา ช่วยชุม และยุพิน หมื่นทิพย์[11] ที่พบว่านักศึกษามีคะแนนเฉลี่ยตระหนักรู้ในความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลสูงกว่าคะแนนก่อนเข้าสถานการณ์จำลองรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การฝึกในสถานการณ์จำลองนี้ยังสร้างความมันใจก่อนการฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล การจัดกิจกรรมช่วยให้ผู้เรียนมีความตื่นตัวกระตือรือร้นและเตรียมความพร้อมโดยการทบทวนเนื้อหาสาระที่ต้องนำไปใช้ ในการฝึกปฏิบัติในรายวิชา[12] และ รังสรรค์ มาระเพ็ญ[13] กล้าเผชิญ โชคบำรุง และคณะ[3] ยังพบว่าการที่นักศึกษามีการรับรู้สมรรถนะตนเองด้านทักษะการบำบัดทางการพยาบาล จะส่งผลให้นักศึกษามีทักษะทางการพยาบาลที่ในทุกหอผู้ป่วยที่นักศึกษาขึ้นฝึกปฏิบัติงานนั้น รับรู้ว่าตนเองมีความรู้ และได้ฝึกปฏิบัติทักษะทางการพยาบาล โดยวิธีการสอน จะมีการวางแผนออกแบบการสอนยึดวัตถุประสงค์ตามหลัก SMART เริ่มด้วยขั้นตอนการเตรียมผู้สอนและผู้เรียน ขั้นตอนการดำเนินการสอนจะประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเกริ่นนำ ระยะลงมือปฏิบัติและระยะสรุปประเด็นการเรียนรู้[10] ช่วยให้ผู้เรียนได้เห็นสถานการณ์ด้วยตนเองบางสถานการณ์ที่เป็นนามธรรมก็สามารถเข้าใจและทำให้เป็นจริงขึ้นมาได้[11] สำหรับการประเมินการสอนเน้นกระบวนการ การเรียนรู้การสอนและผลลัพธ์เพื่อพัฒนาปรับปรุงการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[10] และการศึกษาของการจัดการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองยังช่วยเพิ่มพูนความสามารถในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นสูงกว่ากลุ่มที่สอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความเชื่อมั่นต่อการสถานการณ์จำลองรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลอง พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเชื่อมั่นต่อการสถานการณ์จำลองรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์

จำลอง โดยภาพรวมมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และคณะ[14] และ สุรชาติ สิทธิปกรณ์[15] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก การศึกษาครั้งนี้พบว่า ข้อที่ได้คะแนนสูงสุด คือ มีความมั่นใจต่อการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย มีระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย=4.71 (SD=0.53) อาจเป็นไปได้ว่าการเตรียมความรู้ผู้เรียนและให้ข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วย (Pre-briefing) มีส่วนช่วยให้เกิดความสำเร็จในการปฏิบัติการแก้ปัญหาผู้เรียนควรมีเวลาอย่างเพียงพอในการทบทวนความรู้[11] และการใช้สถานการณ์จำลองในการสอนนักศึกษาพยาบาลนั้นช่วยเพิ่มความมั่นใจในทักษะทางคลินิก พัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ นักศึกษาจะรู้สึกมั่นใจมากขึ้น ทำให้พวกเขาสามารถเรียนรู้จากข้อผิดพลาดและได้พัฒนาทักษะ นักศึกษามีโอกาสในการที่จะแก้ไขความผิดพลาด และนำสิ่งที่ถูกต้องไปใช้ เป็นการเสริมสร้างประสบการณ์ ภายใต้ความปลอดภัยไม่ต้องเผชิญกับความเครียดจากการขาดประสบการณ์ ความสามารถในการให้การพยาบาล การขาดความรู้ในการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย[2]

**ข้อเสนอแนะเพื่อการจัดการเรียนการสอน**

การจัดการเรียนการสอนควรมีการสอดแทรกการสอนโดยวิธีการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อฝึกให้นักศึกษาได้วิเคราะห์ตนเอง ใช้ทักษะในการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในรายวิชาปฏิบัติ เป็นการช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในการดูแลและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการวิจัยในการเรียนการสอน โดยการใช้สถานการณ์จำลองในการฝึกทักษะอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น การแก้ปัญหาของผู้ป่วยที่มีความวิกฤติมากยิ่งขึ้น ในภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนเพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษา

## เอกสารอ้างอิง

1. สมัยพร อาขาล, ปัณณธร ชัชวรัตน์. ประสิทธิภาพการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ หมวดวิชาชีพการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา; 2547.
2. ฐมาพร เชี่ยวชาญ, อภิฤดี พาผล. ความเครียดในการขึ้นฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2564; 15(1):21-8.
3. กล้าเผชิญ โชคบำรุง, ปาริชาติ วงศ์ก้อม, จินตนา สุวิทวัส. การรับรู้สมรรถนะตนเองทางการพยาบาลในการฝึกปฏิบัติวิชาการพยาบาลสุขภาพผู้ใหญ่ 1 ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2564; 44(2), 72-85.
4. Bahadir-Yilmaz E. Academic and clinical stress, stress resources and ways of coping among Turkish first-year nursing students in their first clinical practice. Kontakt. 2016; 18(3):e145–e151.

5. ศิริจิตร จันทร, ธัญลักษณ์ บรรลิขิตกุล. ความพร้อมในการฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2555;5(1):32-45.
6. Bandura A. The explanatory and predictive scopeof self-efficacytheory. Journal of Social and Clinical Psychology. 1986; 4(3):359-73. doi: 10.1521/jscp.1986.4.3.359
7. Negri EC, Júnior GAP, Cotta Filho CKC, Franzon JC, Mazzo A. Construction and validation of simulated scenario for nursing care to colostomy patients. Texto & Contexto-Enfermagem. 2019; 28:1-16.
8. ธานินทร์ ศิลป์จารุ. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. พิมพ์ครั้งที่ 17. นนทบุรี: อาร์พริ้นติ้ง แมสโปรดักส์; 2567.
9. มาลี คำคง, ปรียนุช ชัยกองเกียรติ. การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองขั้นสูง: วิธีพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(ฉบับพิเศษ):S332-S334.
10. สมศรี ทาทาน, วรภรณ์ ศรีจันทร์พาล. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2560;23(1):1-10.
11. จันทิมา ช่วยชุม, ยุพิน หมื่นทิพย์. ผลของการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานทางคลินิกโดยใช้ฐานการเรียนรู้ต่อตระหนักรู้ในความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 1. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2565;28(4):1-14.
12. ศุภลักษณ์ ธนาโรจน์. การสอนโดยการจำลองสถานการณ์เสมือนจริงในรายวิชาปฏิบัติ หลักการและเทคนิคการพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์. 2560;9(2):70-84.
13. รังสรรค์ มาระเพ็ญ. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้ผู้ป่วยจำลองในสถานการณ์เสมือนจริงในการศึกษาการพยาบาลอนามัยชุมชน [วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.
14. ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิภารัตน์ ยมดิษฐ์, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ, ดวงแข พิทักษ์สิน, ปิยะนาฏ ช่างเสียง, อังคณา หมอนทอง. ผลการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อตระหนักรู้ในความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 27(เล่มพิเศษ ธ.ค. 60):46-58.
15. สุรชาติ สิทธิปกรณ์. ผลของการจัดการเรียนรู้ด้วยหุ่นจำลองเสมือนจริงต่อความมั่นใจในตนเองและความพึงพอใจของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. การประชุมวิชาการ“มหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย ครั้งที่14 “50 ปีมหาวิทยาลัยมหาสารคามผู้มีปัญญาพึงเป็นอยู่เพื่อมหาชน”; วันที่ 6-7 กันยายน 2561; คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2563: 600-9.

# การศึกษาผลสำเร็จของผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ได้ระบุไว้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โรงพยาบาลสระบุรี

**อัจฉรา มานะประเสริฐศักดิ์[*a], ศรัณย์ วีรเมธาชัย[**], ภัชรี สมบัติที[***]**

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์**: เพื่อศึกษาผลสำเร็จของผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ได้ระบุไว้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองโรงพยาบาลสระบุรี และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเสียชีวิตที่บ้านตามที่ผู้ป่วยต้องการ

**วิธีดำเนินการวิจัย**: การศึกษาแบบ Prospective cross-sectional study ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้ทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคอง ในโรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2567-30 พฤศจิกายน 2567 จำนวน 53 คน เก็บข้อมูลลักษะทั่วไป ลักษณะทางคลินิก สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต หลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต ได้ทำการเก็บข้อมูล สถานที่เสียชีวิตจริง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเสียชีวิตที่บ้านตามที่ต้องการ

**ผลการวิจัย**: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน พบว่า ผู้ป่วยได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการจำนวน 36 คน จาก 53 คน คิดเป็นร้อยละ 69.8 โดยผู้ป่วยที่อยู่ในอำเภอเมืองและมีบุตรเป็นผู้ดูแล มักประสบความสำเร็จในการเสียชีวิตที่บ้าน แต่ไม่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ (OR=1.19, 95% CI: 0.27, 5.25 และ OR 2.08, 95% CI: 0.5, 8.71 ตามลำดับ) และในกลุ่มที่มีอาการปวดและหอบเหนื่อย มักไม่ประสบความสำเร็จในการเสียชีวิตที่บ้าน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.5, 95% CI: 0.06, 5.35 และ OR 0.9, 95% CI:0.24, 3.45 ตามลำดับ)

**สรุปผล**: ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ โดยจากการศึกษา ไม่มีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเสียชีวิตที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญ

**คำสำคัญ:** สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต; การดูแลประคับประคอง; ปัจจัยที่มีผลต่อสถานที่เสียชีวิต

[*] แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสระบุรี

[**] อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสระบุรี

[***] พยาบาลวิชาชีพ แผนกดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลสระบุรี

[a] Corresponding author: อัจฉรา มานะประเสริฐศักดิ์ Email: achara5348@gmail.com

***รับบทความ: 31 ม.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 19 ก.พ. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 19 ก.พ. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 23 มี.ค. 68***

# The Success of Patients Dying at Their Preferred Place of Death as Specified in Advance Care Planning among Terminal Cancer Patients At Saraburi Hospital

**Achara Manaprasertsak[*], Saran Weerametachai[**], Patcharee Sombattee[***]**

## Abstract

**Objectives:** To evaluate the success rate of terminal cancer patients dying at their preferred place of death as specified in advance care planning (ACP) under the palliative care team at Saraburi hospital; and to analyze factors influencing the success of dying at home as per patients' wishes.

**Methods:** Prospective cross-sectional study included 53 terminal cancer patients who had completed ACP and were under the care of the palliative team at Saraburi Hospital between July 1, 2024, and November 30, 2024. Data collected included patient demographics, clinical characteristics, and preferred place of death. After death, the actual place of death was recorded, and factors influencing the success of dying at home were analyzed.

**Results:** Among 53 patients, 36 patients (69.8%) died at their preferred location. Patients residing in Mueang district and those cared for by their children were more likely to die at home, but this was not statistically significant (OR=1.19, 95% CI: 0.27-5.25 and OR=2.08, 95% CI: 0.5-8.71, respectively). Patients experiencing pain or dyspnea were less likely to die at home, but the association was not statistically significant (OR=0.5, 95% CI: 0.06-5.35 and OR=0.9, 95% CI: 0.24-3.45, respectively).

**Conclusion:** The majority of terminal cancer patients receiving palliative care died at their preferred location. However, no specific factors were found to significantly influence the success of dying at home.

**Keywords:** Preferred place of death; Palliative care; Factors influencing place of death

[*] Medical Physician Residency, Department of Family Medicine, Saraburi Hospital

[**] Medical Physician Instructor, Department of Family Medicine, Saraburi Hospital

[***] Registered Nurse, Palliative Care Clinic, Saraburi Hospital

[a] Corresponding author: Achara Manaprasertsak Email: achara5348@gmail.com

***Received: Jan. 31, 25; Revised: Feb. 19, 25; Accepted: Feb. 19, 25; Published Online: Mar. 23, 25***

## บทนำ

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทยปี พ.ศ. 2565 พบว่า ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีผู้ป่วยมะเร็งใหม่เพิ่มขึ้น 139,206 ราย[1] ซึ่งโรคมะเร็งบางชนิดเมื่ออยู่ในระยะลุกลามหรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกกล่าวว่ามีเพียงร้อยละ 14 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่ได้เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งหมายถึงการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยที่คุกคามถึงชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานตั้งแต่โรคอยู่ในระยะเริ่มต้น ไม่ว่าจะเป็นการรักษาอาการปวดและปัญหาอื่น ๆ รวมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ[2] นอกจากนี้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถตัดสินใจวางแผนการดูแลล่วงหน้าของตัวเองหรือการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพียงเพื่อยืดการตายในระยะท้าย (Living will) ตามมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550[3] โดยผู้ป่วยสามารถเลือกสถานที่เสียชีวิตเองได้ โดยผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการแตกต่างกัน ขึ้นกับภูมิหลังและวัฒนธรรม

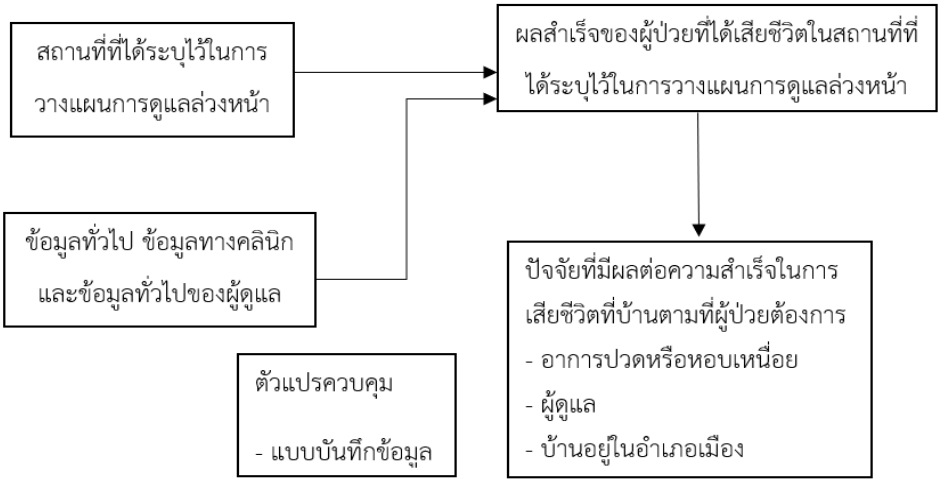
การจัดการให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ ถือเป็นภารกิจสำคัญประการหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง[4] เนื่องจากการจัดการให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ เป็นหนึ่งในกระบวนการตายดี (Good death)[5] ซึ่งสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้ป่วยและลดภาวะเหนื่อยล้าในผู้ดูแลของคนในครอบครัวได้[6] โดยสถานที่เสียชีวิตในผู้ป่วยระยะท้ายจัดเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า มีการศึกษาของ Sara Pinto[7] พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการเสียชีวิตที่บ้านมากที่สุด (51-55%) โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเจ็บป่วยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม

การดูแลแบบประคับประคองในหลายประเทศ ได้พยายามจัดการให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ มีการศึกษาในแอฟริกาใต้ ของ Charmaine L. Blanchard[8] พบว่า มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพียง 47.6% ที่เสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ ในประเทศไทยมีการศึกษาของ ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ[9] พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ เท่ากับ 84.1 ส่วนการศึกษาแบบ Systematic review ของ Christina L. Bell[10] พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตในที่ที่ต้องการนั้นขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น การควบคุมอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้าย การสนับสนุนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัว รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงศูนย์การดูแลผู้ป่วยระยะเวลาสุดท้ายก่อนเสียชีวิต (Hospice care)

โรงพยาบาลสระบุรี เริ่มให้บริการด้านการดูแลประคับประคอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 โดยรับปรึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเป็นหลัก มีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคอง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวม 82 ราย ในแต่ละปี จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองทั้งหมด 176 และ 313 ราย ตามลำดับ แต่ยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลเรื่องการเสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของการตายดี จึงเป็นที่มาของการศึกษาผลสำเร็จของผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ได้ระบุไว้ในการวางแผนการดูแล

ล่วงหน้า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองโรงพยาบาลสระบุรี เพื่อนำไปพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของโรงพยาบาลสระบุรีต่อไป

**กรอบแนวคิดการวิจัย**




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาผลสำเร็จของผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ได้ระบุไว้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองโรงพยาบาลสระบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเสียชีวิตที่บ้านตามที่ต้องการ

## วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการส่งปรึกษาทีมประคับประคองทั้งจากหอผู้ป่วยในและคลินิกประคับประคอง ในโรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2567-30 พฤศจิกายน 2567 จำนวน 154 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองในหอผู้ป่วยและได้รับการดูแลที่คลินิกประคับประคอง ในโรงพยาบาลสระบุรี ที่มีอายุมากกว่าเท่ากับ 18 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และได้รับการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้าและตัดสินใจเลือกสถานที่เสียชีวิตด้วยตนเอง โดย Palliative performance scale (PPS) ขณะเข้าร่วมการวิจัย มากกว่าเท่ากับ 30% เกณฑ์คัดออก ได้แก่ เสียชีวิตจากสาเหตุที่ไม่ได้มาจากโรคมะเร็ง และเสียในชีวิตหลังวันที่ 30 พฤศจิกายน 2567

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยตัวอย่างสำหรับการศึกษาผลสำเร็จของผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ได้ระบุไว้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองโรงพยาบาลสระบุรี โดยใช้สูตรขนาดตัวอย่างสำหรับการประมาณสัดส่วนประชากรที่ไม่แน่นอน[11] คือ

$$n = z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{p-(1-p)}{d^2}$$

จากการศึกษาของ ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ[9] พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ เท่ากับ 84.1 และหา Sample size จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

$$n = z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} \frac{p-(1-p)}{d^2}$$

โดยกำหนดค่า $\alpha$=0.05 , d=0.1, p=0.841 คำนวณขนาดตัวอย่างได้ n=52

**ขั้นตอนการเก็บข้อมูล**

เริ่มเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองทั้งจากหอผู้ป่วยในและคลินิกประคับประคองในโรงพยาบาลสระบุรี ได้รับการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูล โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายข้อมูลและเป็นผู้กรอกข้อมูลเองทั้งหมด จากนั้นผู้วิจัยโทรติดตามอาการและการเสียชีวิตในทุกเดือนระหว่างเก็บข้อมูล หากผู้ป่วยเสียชีวิต จะทำการเก็บข้อมูลในส่วนสถานที่เสียชีวิตจริง และปัจจัยที่ทำให้เสียชีวิตในสถานที่นั้นต่อไป

**เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย**

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก และข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล เก็บข้อมูลในคลินิกประคับประคองและหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสระบุรี โดยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สิทธิการรักษา ศาสนา ที่อยู่ปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในบ้าน รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว ชนิดของโรคมะเร็ง ระยะเวลานับจากวินิจฉัยโรค Palliative performance scale (PPS) วันที่รับปรึกษา อาการ ยาแก้ปวดหรือบรรเทาอาการที่ได้รับ ข้อมูลการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ได้แก่ สถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต การใส่ท่อช่วยหายใจ การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน หลังจากนั้นโทรติดตามผู้ป่วยและครอบครัว มีการใช้แบบเก็บข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยการได้รับการดูแลในระยะท้าย และสถานที่เสียชีวิตจริง

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทางคลินิก ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแล จำนวนคนไข้ที่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ข้อมูลต่อเนื่องแบบแจกแจงปกติ นำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลต่อเนื่องแบบแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอข้อมูลด้วยค่ามัธยฐานและค่าระหว่างพิสัย ข้อมูลแจงนับนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ

โดยการหาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการเสียชีวิตที่บ้านตามที่ผู้ป่วยต้องการ ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ปัจจัยที่เป็นข้อมูลแบบกลุ่ม เปรียบเทียบโดยใช้ Fisher exact probability test ปัจจัยที่เป็นข้อมูลต่อเนื่อง เปรียบเทียบโดยใช้ Student t-test และหาค่าสัมพัทธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตที่บ้านตามที่ผู้ป่วยต้องการ โดยใช้ Multivariable logistic regression

**การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร**

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 256 เลขที่โครงการวิจัย SRBR67/032 เลขที่หนังสือรับรอง EC029/2567 ซึ่งผู้วิจัยทำตามมาตรการ เริ่มจากชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ การนำเสนอข้อมูลเป็นในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีข้อมูลส่วนตัวที่ใช้ระบุตัวตนได้

## ผลการศึกษา

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2567 ถึง 30 พฤศจิกายน 2567 ทั้งสิ้นจำนวน 154 คน ผ่านเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 53 คน ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.6) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 60.72 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุธ (ร้อยละ 98.1) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 64.2) อาศัยอยู่บ้านเดี่ยว (ร้อยละ 83.0) อยู่ในอำเภอเมืองเพียงร้อยละ 20.8 และมีรายได้ต่อครัวเรือนน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 54.7) ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มักมีอาการปวด และหอบเหนื่อย คิดเป็นร้อยละ 90.6 และ 73.4 ตามลำดับ และผู้ป่วยทั้งหมด (ร้อยละ 100) ได้รับยากลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นที่มีฤทธิ์แรง (Strong opioid) เพื่อบรรเทาอาการรบกวนดังกล่าว PPS ในวันที่รับปรึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 30-50% (ร้อยละ 75.5) และอยู่ในระยะแพร่กระจาย (ร้อยละ 77.4) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

| Characteristic | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ลักษณะทั่วไป** | | |
| เพศ | | |
| ชาย | 23 | 43.4 |
| หญิง | 30 | 56.6 |
| อายุ | | |
| น้อยกว่า 60 ปี | 26 | 49.1 |
| มากกว่า 60 ปี | 27 | 50.9 |
| สิทธิการรักษา | | |
| ประกันสุขภาพถ้วนหน้า | 36 | 67.9 |
| กรมบัญชีกลาง/รัฐวิสาหกิจ | 4 | 7.6 |
| ประกันสังคม/ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว | 13 | 24.5 |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

| Characteristic | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| สถานภาพ | | |
| มีคู่ครอง | 39 | 73.6 |
| ไม่มีคู่ครอง | 14 | 26.4 |
| ศาสนา | | |
| ศาสนาพุทธ | 52 | 98.1 |
| ศาสนาคริสต์ | 1 | 1.9 |
| การศึกษา | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา | 34 | 64.2 |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา | 14 | 26.4 |
| อนุปริญญาหรือปริญญาตรี หรือมากกว่า | 5 | 9.4 |
| อยู่คนเดียว | | |
| ใช่ | 2 | 3.7 |
| ไม่ใช่ | 51 | 96.3 |
| สมาชิกในบ้าน | | |
| 0-2 คน | 9 | 17.0 |
| มากกว่า 2 คน | 44 | 83.0 |
| รายได้ต่อเดือนในครัวเรือน (บาท) | | |
| น้อยกว่า 10,000 บาท | 29 | 54.7 |
| 10,000-30,000 บาท | 19 | 35.9 |
| 30,000-50,000 บาท | 3 | 5.7 |
| มากกว่า 50,000 บาท | 2 | 3.7 |
| ทำเลบ้าน | | |
| อำเภอเมือง | 11 | 20.8 |
| ต่างอำเภอ | 42 | 79.2 |
| ลักษณะบ้าน | | |
| บ้านเดี่ยว/ทาวเฮาส์ | 48 | 90.5 |
| บ้านเช่า/ห้องเช่า | 5 | 9.5 |
| ลักษณะทางคลินิก | | |
| ประเภทของมะเร็ง | | |
| Head and neck | 5 | 9.5 |
| Breast | 5 | 9.5 |
| Pulmonary | 4 | 7.5 |
| Hepatobiliary tract | 12 | 22.6 |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

| Characteristic | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| Gastrointestinal | 12 | 22.6 |
| Gynecological | 9 | 17.0 |
| Other | 6 | 11.3 |
| PPS ขณะที่ได้รับการปรึกษา | | |
| มากกว่า 80% | 5 | 9.4 |
| 60% ถึง 80% | 8 | 15.1 |
| 30% ถึง 50% | 40 | 75.5 |
| อาการรบกวน | | |
| ปวด | 48 | 90.6 |
| หอบเหนื่อย | 39 | 73.4 |
| เบื่ออาหาร | 3 | 5.7 |
| ยาบรรเทาอาการ | | |
| Strong opioid | 53 | 100 |
| Gabapentin | 10 | 18.9 |
| NSAIDs | 3 | 5.7 |
| มีโรคร่วม | | |
| มี | 22 | 41.5 |
| ไม่มี | 31 | 58.5 |
| ระยะเวลานับจากวินิจฉัยโรคจนเสียชีวิต | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน | 33 | 62.3 |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 12 เดือน | 20 | 37.7 |
| **ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล** | | |
| เพศ | | |
| ชาย | 17 | 32.1 |
| หญิง | 36 | 67.9 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | | |
| คู่ครอง | 28 | 52.8 |
| พ่อแม่ | 2 | 3.8 |
| บุตร | 15 | 28.3 |
| พี่/น้อง | 7 | 13.2 |
| หลาน | 1 | 1.9 |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) ลักษณะทั่วไปและลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

| Characteristic | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| อาชีพหลัก | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพอื่น | 15 | 28.3 |
| Full time | 35 | 66.0 |
| Part time | 1 | 1.9 |
| ออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย | 2 | 3.8 |
| ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย | | |
| น้อยกว่า 8 ชั่วโมง | 5 | 9.5 |
| 8 ถึง 16 ชั่วโมง | 13 | 24.5 |
| มากกว่า 16 ชั่วโมง | 35 | 66.0 |

ผลสำเร็จของผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ได้ระบุไว้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองโรงพยาบาลสระบุรี พบว่า ผู้ป่วยได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการจำนวน 36 คนจาก 53 คน คิดเป็นร้อยละ 69.8 โดยผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ได้เสียชีวิตที่บ้านตามที่ต้องการ คิดเป็นร้อยละ 57.1 และได้เสียชีวิตที่โรงพยาบาลตามที่ต้องการ คิดเป็นร้อยละ 84 ส่วนผลความสำเร็จของการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในด้านการใส่ท่อช่วยหายใจและการกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3 โดยลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่อยู่ในอำเภอเมืองและมีบุตรเป็นผู้ดูแล มักประสบความสำเร็จในการเสียชีวิตที่บ้าน แต่ไม่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ (OR=1.19, 95% CI: 0.27, 5.25 และ OR 2.08, 95% CI:0.5, 8.71 ตามลำดับ) และในกลุ่มที่มีอาการปวดและหอบเหนื่อย มักไม่ประสบความสำเร็จในการเสียชีวิตที่บ้าน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=0.5, 95% CI: 0.06, 5.35 และ OR 0.9, 95% CI:0.24, 3.45 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 2** ผลสำเร็จในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยผู้ป่วยและครอบครัว (n=53)

| ประเด็นการดูแลระยะท้าย | ผลลัพธ์ความสำเร็จในการวางแผนการดูแลล่วงหน้าโดยผู้ป่วยและครอบครัว n (%) |
|---|---|
| สถานที่เสียชีวิต | 37 (69.8) |
| การกดนวดหัวใจเพื่อยื้อชีวิต | 53 (100) |
| การใส่ท่อช่วยหายใจ | 53 (100) |

**ตารางที่ 3** ผลของการตัดสินใจเลือกสถานที่เสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคอง

| สถานที่เสียชีวิตจริง | สถานที่ที่ได้ระบุไว้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า | |
|---|---|---|
| | บ้าน (n=28, 58.5%) | โรงพยาบาล (n= 25, 41.5%) |
| บ้าน | 16 (57.1%) | 4 (16%) |
| โรงพยาบาล | 12 (42.9%) | 21 (84%) |

**ตารางที่ 4** ข้อมูลที่มีผลต่อการเสียชีวิตในสถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการ

| ลักษณะของผู้ป่วย | Adjusted OR | p-value | 95% CI |
|---|---|---|---|
| เพศ (ชาย) | 0.68 | 0.52 | 0.21, 2.21 |
| อายุ (มากกว่า 60 ปี) | 0.66 | 0.49 | 0.20, 2.15 |
| สถานภาพ (สมรส/มีคู่ครอง) | 0.55 | 0.409 | 0.13, 2.30 |
| ทำเลบ้าน (อำเภอเมือง) | 1.19 | 0.81 | 0.27, 5.25 |
| อาการปวด | 0.55 | 0.606 | 0.06, 5.35 |
| อาการหอบเหนื่อย | 0.9 | 0.878 | 0.24, 3.45 |
| มีโรคร่วม | 0.88 | 0.828 | 0.27, 2.87 |
| **ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล** | | | |
| เพศ (ชาย) | 0.48 | 0.235 | 0.14, 1.62 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | | | |
| คู่ครอง | 0.51 | 0.272 | 0.15, 1.70 |
| บุตร | 2.08 | 0.316 | 0.50, 8.71 |
| พี่/น้อง | 1.09 | 0.920 | 0.19, 6.33 |
| ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวัน | | | |
| น้อยกว่า 8 ชั่วโมง | 1.82 | 0.606 | 0.187, 17.682 |
| 8 57’ 16 ชั่วโมง | 0.61 | 0.457 | 0.163, 2.261 |
| มากกว่า 16 ชั่วโมง | 1.25 | 0.721 | 0.368, 4.251 |

* วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression

## อภิปรายผล

ผลสำเร็จของผู้ป่วยที่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ได้ระบุไว้ในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลจากทีมประคับประคองโรงพยาบาลสระบุรี พบว่า ผู้ป่วยได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ ร้อยละ 69.8 และในจำนวนนี้ มีผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ได้เสียชีวิตที่บ้านตามที่ต้องการเพียงร้อยละ 57.2 โดยผู้ป่วยที่มีสถานภาพมีคู่ครองหรือมีผู้ดูแลเป็นคู่ครอง มีแนวโน้มที่จะไม่ได้เสียชีวิตในสถานที่ต้องการ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเป็นบุตร มักได้เสียชีวิตตามที่ต้องการมากกว่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Lee[12] พบว่า มีผู้ป่วยได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการเพียงร้อยละ 41.6 โดยพิจารณาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เสียชีวิตตามที่ปรารถนาส่วนหนึ่งมาจากสถานภาพสมรสและผู้ดูแล แต่เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลแม่สอด มีผู้ป่วยได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการถึงร้อยละ 84.1 เป็นเพราะมีการรวบรวมข้อมูลจำนวนมากทั้งผู้ป่วยโรคมะเร็งและไม่ใช่มะเร็ง อีกทั้งโรงพยาบาลแม่สอดได้เปิดให้บริการการดูแลประคับประคองตั้งแต่ปี 2562 อาจทำให้มีความพร้อมและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่า นอกจากนี้ งานวิจัยของ Bell[10] ที่พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านตามที่ต้องการเพียงร้อยละ 40.9 โดยมีผลมาจากการจัดการอาการในระยะท้ายได้ สอดคล้องกับงานวิจัยฉบับนี้ โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจัดการอาการปวดและหอบเหนื่อยได้ มีแนวโน้มที่จะไม่ได้เสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ

จากงานวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced care planning) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยประมาณ 60 ปี อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้เลือกสถานที่เสียชีวิตเป็นที่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล โดยเลือกสถานที่ที่ต้องการเสียชีวิตเป็นที่บ้านร้อยละ 58.5 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปรารถนา โกศลนาคร[13] ที่ศึกษาในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน โดยเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าด้วยตนเอง พบว่ามีผู้ป่วยต้องการเสียชีวิตที่บ้านร้อยละ 60.4

จากผลการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลสระบุรีพบว่า ผู้ป่วยที่บ้านอยู่อำเภอเมือง มีแนวโน้มประสบความสำเร็จในการเสียชีวิตตามที่ผู้ป่วยต้องการมากกว่า อาจเป็นผลมาจากกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในอำเภอเมืองมีโอกาสได้รับบริการเยี่ยมบ้านจากบุคลากรทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อาศัยอยู่นอกอำเภอเมือง โดยในโรงพยาบาลสระบุรี มีบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่บ้านเพื่อช่วยดูแลอาการในระยะท้าย แต่เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อาศัยอยู่นอกอำเภอเมืองสระบุรีถึงร้อยละ 79.2 อาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ส่งผลให้ต้องเดินทางมารับการรักษาเพื่อจัดการอาการไม่สุขสบายระยะท้ายที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาผลลัพธ์การดูแลประคับประคองที่บ้านในโรงพยาบาลสระบุรี[14] พบว่าสามารถช่วยลดคะแนนความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นหากสามารถเพิ่มการเข้าถึงการดูแลประคับประคองที่บ้านได้ น่าจะช่วยเพิ่มความสำเร็จในการเสียชีวิตที่บ้านตามที่ผู้ป่วยปรารถนาได้

**ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปปฏิบัติ**

1. สามารถนำผลวิจัยที่ได้ไปทบทวนในองค์กร เพื่อเพิ่มจำนวนการสามารถเสียชีวิตในสถานที่ที่คนไข้ต้องการ โดยเฉพาะคนไข้ที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน อาจเพิ่มการเข้าถึงการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อช่วยควบคุมอาการในระยะท้ายให้ดียิ่งขึ้น
2. พัฒนาการส่งต่อข้อมูลสู่โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงยกระดับศักยภาพให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถดูแลจัดการอาการไม่สุขสบายในระยะท้ายได้ที่บ้าน

**ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัย**

1. เพิ่มขนาดตัวอย่าง จะทำให้การศึกษาปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ อาการปวด ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล จะช่วยเพิ่มความแม่นยำและมีนัยสำคัญทางสถิติเพิ่มขึ้น
2. เนื่องด้วยระยะเวลาจำกัด และคลินิกประคับประคองโรงพยาบาลสระบุรี รับปรึกษาเฉพาะเคสมะเร็ง จึงควรทำการศึกษาทั้งเคสที่ไม่ใช่มะเร็งร่วมด้วย เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นของการดูแลแบบประคับประคอง

## เอกสารอ้างอิง

1. Kritika Sawanrungruang, Suleeporn Sangrajrang, Rangsiya Buasom. Cancer Incidence in Thailand. In: Jinda Rojanamatin, editors. Cancer in Thailand. Bangkok: Medical Record and Databased Cancer Unit; 2021. P 6-67.
2. World Health Organization. Palliative care [internet]. Updated 2020 Aug 5 [cited 2024 Jan 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care
3. ไทย.กฎหมาย, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 [อินเตอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2567 ก.พ. 2]. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนที่ 65 ก (ลงวันที่ 22 ตุลาคม พ.ศ.2553). เข้าถึงได้จาก: http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/025_livingwill.pdf
4. นิลวรรณ นิมมานวรวงศ์. สถานที่(ตาย)นั้นสำคัญไฉน [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2567 เม.ย. 10]. เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/article/postgrad/writer18/place_of_death
5. Gustafson DH. A good death. J Med Internet Res. 2007 Mar 14;9(1):e6. doi: 10.2196/jmir.9.1.e6.
6. Kinoshita H, Maeda I, Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, Shirahige Y, Takebayashi T, Yamaguchi T, Igarashi A, Eguchi K. Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. J Clin Oncol. 2015 Feb 1;33(4):357-63. doi: 10.1200/JCO.2014.55.7355.

7. Pinto S, Lopes S, de Sousa AB, Delalibera M, Gomes B. Patient and Family Preferences About Place of End-of-Life Care and Death: An Umbrella Review. J Pain Symptom Manage. 2024 May;67(5):e439-e452. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2024.01.014.
8. Blanchard CL, Ayeni O, O'Neil DS, Prigerson HG, Jacobson JS, Neugut AI, Joffe M, Mmoledi K, Ratshikana-Moloko M, Sackstein PE, Ruff P. A Prospective Cohort Study of Factors Associated With Place of Death Among Patients With Late-Stage Cancer in Southern Africa. J Pain Symptom Manage. 2019 May;57(5):923-932. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.01.014.
9. ภมรรัตน์ ศรีธาราธิคุณ, ศิริจิต เนติภูมิกุล. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในคลินิกการดูแลประคับประคอง โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2564;4(1):97-111.
10. Bell CL, Somogyi-Zalud E, Masaki KH. Factors associated with congruence between preferred and actual place of death. J Pain Symptom Manage. 2010 Mar;39(3):591-604. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.07.007.
11. Ngamjarus C. Sample Size Calculation for Health Science Research. Khon Kaen: Khon Kaen University Printing House; 2021.
12. Lee EJ, Lee NR. Factors associated with place of death for terminal cancer patients who wished to die at home. Medicine (Baltimore). 2022 Sep 30;101(39):e30756. doi: 10.1097/MD.0000000000030756.
13. ปรารถนา โกศลนาคร. การศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือกสถานที่ดูแลระยะสุดท้ายและสถานที่เสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2559;60(3):354–64.
14. สมประสงค์ นักขัตระ, ศรัณย์ วีรเมธาชัย, ธาตรี โบสิทธิพิเชฏฐ์. การศึกษาความชุกของอาการปวดและผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายหน่วยระบบบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลสระบุรี. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2564;4(2):182-91.

# การศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชน ในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น

**ศิริชัย จันพุ่ม[*a], สุนทรี จีนธรรม[*], อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์[*]**

## บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยสภาพ ปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรเทศบาล และประชาชน จำนวน 384 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน และผ่านการตรวจเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97, 0.95 และ 0.91 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากการศึกษาวิจัยสภาพการจัดการขยะ พบว่า ชุมชนมีปริมาณขยะอินทรีย์ ขยะรีไซเคิล ขยะทั่วไป และขยะอันตรายมีระดับน้อย สำหรับวิธีการจัดการขยะอินทรีย์โดยการทำปุ๋ยหมักมากที่สุด (ร้อยละ 36.6) ขยะรีไซเคิล และขยะทั่วไปเก็บไว้ขายมากที่สุด (ร้อยละ 95.1 และร้อยละ 71.6) ส่วนขยะอันตรายมีวิธีจัดการโดยเก็บแยกไว้มากที่สุด (ร้อยละ 52.6) ปัญหาการจัดการขยะ ได้แก่ ด้านเหตุรำคาญ การจัดการขนส่งขยะ จุดทิ้งและที่พักขยะ และการคัดแยกขยะ โดยรวมมีระดับน้อย ($\bar{X}$=2.088, SD=0.953) และความต้องการในการจัดการขยะโดยหลัก 3 R ด้วยการลดปริมาณขยะอย่างยั่งยืน การนำวัสดุมาใช้ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง การนำกลับมาใช้ใหม่ การใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการขยะและการนำมาตรการ ระเบียบของเทศบาลและกระบวนการมีส่วนร่วม โดยรวมมีระดับมาก ($\bar{X}$=3.615, SD=0.773) ดังนั้น ควรส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเทศบาลและชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการแก้ไขสภาพปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมขนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะอย่างยืนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเทศบาลที่ประสบความสำเร็จโดยการสร้างกลไกการจัดการขยะอย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ; 3R; การจัดการขยะของเทศบาล

[*] สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

[a] Corresponding author: ศิริชัย จันพุ่ม E-mail: sirichai.jun@vru.ac.th

***รับบทความ: 10 ม.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 19 ก.พ. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 20 ก.พ. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 มี.ค. 68***

# Contexts, Problems, and Needs based on Waste Management of Communities in Municipality Areas, Khon Kaen Province

**Sirichai Junphum[*a], Soontaree Cheentam[*], Ananya Popradit[*]**

## Abstract

This study examined contexts, problems, and needs on waste management of community in municipality areas, Khon Kaen province. Samples were 384 municipal employees and residences. Instrument was a questionnaire consisted of 3 parts was tested for validity by 5 experts yielding the values of 0.97, 0.95, and 0.91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics including frequencies, percentages, means, and standard deviations. According to the study: 1) contexts of management waste that community garbage has increased, yet there were suitable waste management techniques; 2) problems issues were at a low level and comprised of the following: transportation, separation, disposal location and shelter, and disturbance; 3) There were high pressing needs for a sustainable and inclusive approach to the management of recyclable waste. As a result, this study highlights how crucial it was to create a sustainable trash bank through a participatory approach for municipalities in order to encourage waste separation at the source, increase awareness, and contribute to community income. Thus, we should be encouraged and supported, and community and municipal involvement is crucial to addressing the circumstances, issues, and requirements of recyclable waste management of sustainable in Khon Kaen province and the creation of an efficient, comprehensive, and sustainable waste management mechanism, utilizing a successful municipal involvement approach to establish a sustainable waste bank management model.

**Keywords:** Contexts problems and needs; 3R; Municipality's waste management

[*] Environmental Studies, College of Innovative Management, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage Pathum-Thani Province

[a] Corresponding author: Sirichai Junphum E-mail: sirichai.jun@vru.ac.th

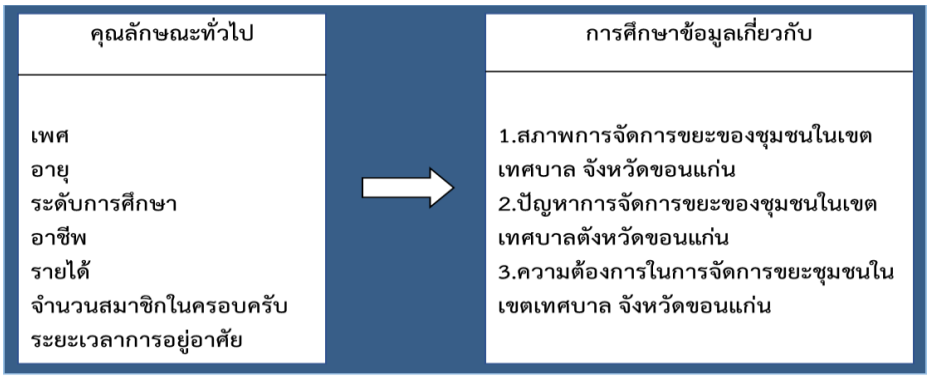
***Received: Jan. 10, 25; Revised: Feb. 19, 25; Accepted: Feb. 20, 25; Published Online: Mar. 26, 25***

## บทนำ

การจัดการขยะตามนโยบายหลักของโครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Environment Programme : UNEP) สหภาพสากลว่าด้วยการอนุรักษ์ (International Union for Conservation of Nature: IUCN) และสมาคมอนุรักษ์สัตว์ป่า (Wildlife Conservation Society : WCS) เป็นส่วนสำคัญของการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม สำหรับประเทศไทยและภูมิภาคต่าง ๆ การจัดการขยะอย่างยั่งยืน (Recyclable Waste Management of Sustainable) นับว่าเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ด้านที่ 3 ด้านที่ 6 ด้านที่ 12 และด้านที่ 13 ให้มีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดการสร้างมลพิษและความเสี่ยงต่อสิ่งแวดล้อมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งเน้นเกี่ยวกับการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น เป็นเช่นเดียวกับจังหวัดอื่นในประเทศไทย ที่กำลังเผชิญกับปัญหาการจัดการขยะที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญมาจากการขยายตัวของประชากร การเติบโตทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภค ส่งผลให้ปริมาณขยะล้นเกินกำลังการจัดการของระบบเดิม ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขอนามัย[1-3] และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน การจัดการขยะแบบเดิม ๆ ที่เน้นการฝังกลบหรือการเผาทำลายไม่เพียงแต่ไม่ยั่งยืน ยังก่อให้เกิดต้นทุนทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมสูง[4-6] เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ แนวคิดการจัดการขยะอย่างยั่งยืน จึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะการนำระบบจัดการธนาคารขยะอย่างยั่งยืนของเทศบาลมาใช้ ซึ่งเป็นกลไกที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะ เพิ่มมูลค่าจากขยะรีไซเคิล และสร้างรายได้ให้กับชุมชน[7-9] อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของการจัดการธนาคารขยะอย่างยั่งยืนขึ้นอยู่กับการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะเทศบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการวางแผน สนับสนุน และกำกับดูแล[10-12]

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับนำมาศึกษาแนวทางการจัดการธนาคารขยะอย่างยั่งยืน มีประสิทธิภาพ และสร้างความร่วมมือระหว่างเทศบาลกับชุมชน ผลการศึกษาจะนำเสนอข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและพัฒนาระบบการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของชุมชนในเขตเทศบาลขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กได้ต่อไป

**กรอบแนวคิดการวิจัย**




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาสภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัญหาการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น

## วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น

**การกำหนดขอบเขตการศึกษา**

การกำหนดขอบเขตการศึกษา โดยกำหนดพื้นที่ศึกษาของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ได้ขอบเขตในการศึกษาสภาพ ปัญหาและความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

การศึกษาวิจัยนี้ใช้ประชากรในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 141,840 คน[13] และสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากเทศบาล 3 ขนาด ได้แก่ เทศบาลขนาดใหญ่ คือ เทศบาลนครขอนแก่น เทศบาลขนาดกลาง คือ เทศบาลเมืองกระนวน และเทศบาลขนาดเล็ก คือ เทศบาลตำบลลำน้ำพอง และเทศบาลตำบลวังชัย เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) เป็นเทศบาลที่มีขนาดใหญ่ (เทศบาลนคร) ในจังหวัดขอนแก่น มีประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมของเทศบาลจำนวนมากกว่า 1,000 คนต่อเดือน มีการประชุมเทศบาลเป็นประจำทุกเดือน จำนวน 1 แห่ง คือ เทศบาลนครขอนแก่น ในจังหวัดขอนแก่น 2) เป็นเทศบาลขนาดกลาง (เทศบาลเมือง) มีประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมของเทศบาลจำนวนมากกว่า 300-500 คนต่อเดือน มีการประชุมเทศบาลเป็นประจำทุกเดือน ผู้วิจัยเจาะจงเลือก จำนวน 1 แห่ง ซึ่งผู้วิจัยเจาะจงเลือก คือ เทศบาลเมืองกระนวน ในจังหวัดขอนแก่น 3) เป็นเทศบาลขนาดเล็ก (เทศบาลตำบล) ) มีประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมของเทศบาลจำนวนมากกว่า 30-300 คนต่อเดือน มีการประชุมเทศบาลเป็นประจำทุกเดือน[13] ผู้วิจัยเจาะจงเลือกจำนวน 2 แห่ง คือ เทศบาลตำบลลำน้ำพอง เทศบาลตำบลวังชัย ในจังหวัดขอนแก่น เกณฑ์คัดออก คือ 1) เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด 2) เทศบาลไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะอย่างยั่งยืนของเทศบาล ในจังหวัดขอนแก่น 3) ประชาชนทั่วไปที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของเทศบาลเป็นประจำ และ 4) ประชาชนทั่วไปที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมธนาคารขยะ จากนั้นเปิดตารางสุ่มของ Krejcie & Morgan[14] (กรณีทราบประชากร) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเทศบาล

| เทศบาล | ผู้บริหาร | | บุคลากร | | ประชาชน | | รวม | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ประชากร | กลุ่มตัวอย่าง | ประชากร | กลุ่มตัวอย่าง | ประชากร | กลุ่มตัวอย่าง | ประชากร | กลุ่มตัวอย่าง |
| 1. เทศบาลนครขอนแก่น | 282 | 8 | 723 | 29 | 118,080 | 10 | 119,085 | 47 |
| 2. เทศบาลเมืองกระนวน | 22 | 2 | 84 | 7 | 10,265 | 5 | 10,371 | 14 |
| 3. เทศบาลตำบลลำน้ำพอง | 25 | 8 | 59 | 40 | 6,754 | 11 | 6,838 | 59 |
| 4. เทศบาลตำบลวังชัย | 19 | 4 | 52 | 22 | 6,741 | 11 | 68,120 | 37 |
| **รวม** | 348 | 22 | 918 | 98 | 141,840 | 37 | 143,106 | 384 |

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คือ แบบสอบถามสภาพการจัดการขยะ ปัญหาการจัดการขยะ และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น โดยมีวิธีการสร้างดังนี้

แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพการจัดการขยะ ปัญหาการจัดการขยะ และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่นเป็นแบบสอบถามประเภทปลายปิด และแบบตรวจสอบรายการให้เลือกคำตอบ (Checklist) สรุปดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และระยะเวลาการอยู่อาศัยในเขตเทศบาลของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น สำหรับเก็บข้อมูลจากผู้บริหาร บุคลากร และประชาชน ในเขตเทศบาล เป็นแบบตรวจสอบรายการให้เลือกตอบแบบ 4 คำตอบ จำนวน 10 ข้อ กำหนดน้ำหนักร้อยละของคะแนนรวมรายข้อและระดับสภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น ทั้งรายข้อและภาพรวม ดังนี้

ร้อยละ 0.00-20.00 มีระดับสภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลน้อยที่สุด
ร้อยละ 20.01-40.00 มีระดับสภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลน้อย
ร้อยละ 40.01-60.00 มีระดับสภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลปานกลาง
ร้อยละ 60.01-80.00 มีระดับสภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลมาก
ร้อยละ 80.01-100.00 มีระดับสภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัญหาและความต้องการในการจัดการขยะ ฉบับนี้เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ตามแนวคิดของลิเคิร์ท 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 40 ข้อ โดยมีการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ย[16] ดังนี้

4.51-5.00 หมายถึง มีระดับปัญหาและความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลมากที่สุด
3.51-4.50 หมายถึง มีระดับปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลมาก
2.51-3.50 หมายถึง มีระดับปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลปานกลาง
1.51-2.50 หมายถึง มีระดับปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลน้อย
1.00-1.50 หมายถึง มีระดับปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลน้อยที่สุด

องค์ประกอบการสร้างแบบสอบถาม มีดังนี้

ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากการลงสำรวจพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการสร้างแบบสอบถาม และดำเนินการจัดพิมพ์ฉบับร่าง จากนั้นนำแบบสอบถามสภาพ ปัญหาและความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบแก้ไข หลังจากนั้น นำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องสมบูรณ์ ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ด้านภาษา ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง จากนั้นเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบและพิจารณาความเหมาะสม ความเที่ยง (Validity) ของเนื้อหาสำนวนภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการวัดและความสอดคล้องของข้อคำถามกับนิยามที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ จากนั้นวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-objective congruence)[15] ของแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญประเมิน โดยคัดเลือกข้อคำถามโดยพิจารณาเฉพาะข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่าหรือเท่ากับ 0.60 ขึ้นไป ผลการประเมินความสอดคล้องของข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.80-1.0 และผู้เชี่ยวชาญได้เสนอแนะให้ปรับปรุงข้อความบางข้อคำถามให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น นำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ และจัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์เพื่อนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถาม โดยคำนวณด้วยสูตรความเชื่อมั่น ใช้สูตรอัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha) จากการวิเคราะห์พบว่ามีความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เท่ากับ 0.97 ส่วนที่ 2 สภาพการจัดการขยะ เท่ากับ 0.95 และส่วนที่ 3 ปัญหาและความต้องการในการจัดการขยะ เท่ากับ 0.91 ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งสัดส่วนตามกลุ่มประชากรทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นประธานสภา นายกเทศมนตรี รองนายกเทศมนตรี หรือผู้แทน จำนวน 9 คน 2) บุคลากรของเทศบาล จำนวน 121 คน และ 3) ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมประชุมประจำเดือนกับเทศบาลเป็นประจำ และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการขยะของชุมนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 254 คน รวมทั้งสิ้น 384 คน แบ่งเป็นเทศบาล 3 ขนาด ได้แก่ เทศบาลขนาดใหญ่ คือ เทศบาลนครขอนแก่น เทศบาลขนาดกลาง คือ เทศบาลเมืองกระนวน และเทศบาลขนาดเล็ก คือ เทศบาลตำบลลำน้ำพอง และเทศบาลตำบลวังชัย

**การวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษา**

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การนำเสนอผลการศึกษา โดยการเขียนรายงานการวิจัยที่สรุปผลการศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น

**การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาโดยภาพรวม ซึ่งคำนึงถึงหลักจริยธรรมในมนุษย์ 3 ประการ คือ หลักแห่งความยุติธรรม หลักในการเคารพของบุคคล และหลักแห่งผลประโยชน์ ซึ่งขอจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขที่ IRB 002/2568 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2567 (OPSEC MOPH 67-001, EC 001-68)

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 240 คน (ร้อยละ 62.5) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 58.7 ปี ซึ่งมีระดับการศึกษามากที่สุด คือ ชั้นประถมศึกษา จำนวน 192 คน (ร้อยละ 50.0) รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา ปริญญาตรี และอนุปริญญา/ปวส. จำนวน 122 คน (ร้อยละ 31.8) จำนวน 56 คน (ร้อยละ 14.6) และจำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.6) ตามลำดับ อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 299 คน (ร้อยละ 59.6) รองลงมา ค้าขาย รับจ้างทั่วไป พนักงาน/จ้างเหมาเอกชน ข้าราชการ และอื่น ๆ ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 8,918.5 บาท และอย่างไรก็ตาม จากการศึกษาวิจัยนี้ พบว่า ระยะเวลาการอยู่อาศัยในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลในจังหวัดขอนแก่น มากกว่า 20 ปีขึ้นไป จำนวน 355 คน (ร้อยละ 92.4) รองลงมาคือ 1-5 ปี จำนวน 23 คน (ร้อยละ 6.0) และ 6-10 ปี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.6)

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไป (n=384)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 144 | 37.5 |
| หญิง | 240 | 62.5 |
| **อายุ** | | |
| ต่ำกว่า 40 ปี | 40 | 10.4 |
| 41-45 ปี | 1 | 0.3 |
| 46-50 ปี | 18 | 4.7 |
| 51-55 ปี | 54 | 14.0 |
| 56-60 ปี | 80 | 20.8 |
| 61-65 ปี | 75 | 19.6 |
| 66-70 ปี | 77 | 20.1 |

**ตารางที่ 2** (ต่อ) ข้อมูลทั่วไป (n=384)

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| มากกว่า 70 ปี | 39 | 10.1 |
| **ระดับการศึกษา** | | |
| ประถมศึกษา | 192 | 50.0 |
| มัธยมศึกษา | 122 | 31.8 |
| อนุปริญญา/ปวส. | 14 | 3.6 |
| ปริญญาตรี | 56 | 14.6 |
| **อาชีพ** | | |
| เกษตรกรรม | 229 | 59.6 |
| ค้าขาย | 59 | 15.4 |
| รับจ้างทั่วไป | 42 | 11.0 |
| พนักงาน/จ้างเหมาเอกชน | 37 | 9.6 |
| ข้าราชการ | 9 | 2.3 |
| อื่น ๆ | 8 | 2.1 |
| **รายได้ (บาท/เดือน)** | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 | 137 | 35.7 |
| 5,001-10,000 | 176 | 45.9 |
| 10,000-15,000 | 26 | 6.7 |
| 15,000-20,000 | 1 | 0.3 |
| 21,000-25,000 | 19 | 4.9 |
| 25,000 ขึ้นไป | 25 | 6.5 |
| **สมาชิกในครอบครัว (คน)** | | |
| 1-3 | 63 | 16.4 |
| 4-6 | 229 | 59.6 |
| มากกว่า 6 คน | 92 | 24.0 |
| **ระยะเวลาการอยู่อาศัย (ปี)** | | |
| 1-5 | 23 | 6.0 |
| 6-10 | 6 | 1.6 |
| มากกว่า 10 | 355 | 92.4 |

**การศึกษาสภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล**

สภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ชุมชนมีปริมาณขยะอินทรีย์น้อยกว่า 1 กิโลกรัมต่อวัน มากที่สุด (ร้อยละ 39.9) รองลงมาคือ ปริมาณขยะ 1-2 กิโลกรัมต่อวัน (ร้อยละ 27.1) และน้อยที่สุดคือมากกว่า 5 กิโลกรัมต่อวัน (ร้อยละ 18.7) ปริมาณขยะรีไซเคิล น้อยกว่า 10 ชิ้นต่อวันมากที่สุด (ร้อยละ 57.5) รองลงมาคือ ปริมาณขยะ 11-20 ชิ้นต่อวัน (ร้อยละ 32.5) ปริมาณขยะ

21-30 ชิ้นต่อวัน (ร้อยละ 10.0) น้อยที่สุดคือ มากกว่า 30 ชิ้นต่อวัน (ร้อยละ 0.0) ขยะทั่วไป พบน้อยกว่า 10 ชิ้นต่อวัน มากที่สุด (ร้อยละ 68.8) รองลงมาคือ ปริมาณขยะ 11-20 ชิ้นต่อวัน (ร้อยละ 16.7) ปริมาณขยะ 21-30 ชิ้นต่อวัน (ร้อยละ 9.6) และน้อยที่สุดคือ มากกว่า 30 ชิ้นต่อวัน (ร้อยละ 4.9) และปริมาณขยะอันตรายพบน้อยกว่า 5 ชิ้นต่อวันมากที่สุด (ร้อยละ 81.3) รองลงมาคือ ปริมาณขยะ 6-10 ชิ้นต่อวัน (ร้อยละ 14.0) ปริมาณขยะ 11-20 ชิ้นต่อวัน (ร้อยละ 4.7) ส่วนปริมาณขยะอันตรายมากกว่า 20 ชิ้นต่อวันไม่พบเลย (ร้อยละ 0.0)

วิธีการจัดการขยะประเภทขยะอินทรีย์ โดยการทำปุ๋ยหมักมากที่สุด (ร้อยละ 36.6) รองลงมาคือ ทำเป็นอาหารสัตว์ เช่น ไก่ สุนัข หมู วัว กระบือ (ร้อยละ 25.8) และน้อยที่สุดคือ ทิ้งลงถังขยะของเทศบาล (ร้อยละ 6.0) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** สภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล (n=384)

| สภาพการจัดการขยะ | ความถี่ | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ปริมาณขยะอินทรีย์** | | |
| น้อยกว่า 1 กิโลกรัมต่อวัน | 130 | 39.9 |
| 1-2 กิโลกรัมต่อวัน | 104 | 27.1 |
| 3-5 กิโลกรัมต่อวัน | 97 | 25.3 |
| มากกว่า 5 กิโลกรัมต่อวัน | 53 | 18.7 |
| **ปริมาณขยะรีไซเคิล** | | |
| น้อยกว่า 10 ชิ้นต่อวัน | 221 | 57.5 |
| 11-20 ชิ้นต่อวัน | 125 | 32.5 |
| 21-30 ชิ้นต่อวัน | 38 | 10.0 |
| มากกว่า 30 ชิ้นต่อวัน | 0 | 0 |
| **ปริมาณขยะทั่วไป** | | |
| น้อยกว่า 10 ชิ้นต่อวัน | 264 | 68.8 |
| 11-20 ชิ้นต่อวัน | 34 | 16.7 |
| 21-30 ชิ้นต่อวัน | 37 | 9.6 |
| มากกว่า 30 ชิ้นต่อวัน | 19 | 4.9 |
| **ปริมาณขยะอันตราย** | | |
| น้อยกว่า 5 ชิ้นต่อวัน | 312 | 81.3 |
| 6-10 ชิ้นต่อวัน | 54 | 14.0 |
| 11-20 ชิ้นต่อวัน | 18 | 4.7 |
| มากกว่า 20 ชิ้นต่อวัน | 0 | 0.0 |

**ตารางที่ 3** (ต่อ) สภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล (n=384)

| สภาพการจัดการขยะ | ความถี่ | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **วิธีการจัดการขยะอินทรีย์** | | |
| ทำปุ๋ยหมัก | 129 | 36.6 |
| ทำเป็นอาหารสัตว์ เช่น ไก่ สุนัข หมู วัว กระบือ | 99 | 25.8 |
| ใส่โคนต้นไม้ | 73 | 19.0 |
| ฝังกลบ | 34 | 8.9 |
| นำไปเผา | 26 | 6.8 |
| ทิ้งลงถังขยะของเทศบาล | 23 | 6.0 |
| **วิธีการจัดการขยะรีไซเคิล** | | |
| เก็บไว้ขาย | 365 | 95.1 |
| เก็บไว้ใช้ประโยชน์ในครอบครัว | 19 | 4.9 |
| **วิธีการจัดการขยะทั่วไป** | | |
| เก็บไว้ขาย | 275 | 71.6 |
| ทิ้งในถังขยะของเทศบาล | 90 | 23.4 |
| เก็บใช้ประโยชน์ในครอบครัว | 19 | 5.0 |
| **วิธีการจัดการขยะอันตราย** | | |
| เก็บแยกไว้ | 202 | 52.6 |
| ทิ้งในถังขยะของเทศบาล | 101 | 26.3 |
| อื่น ๆ | 75 | 19.5 |
| ฝังกลบ | 6 | 1.6 |
| **ความเหมาะสมของถังรองรับขยะของเทศบาล** | | |
| เหมาะสม | 336 | 87.5 |
| ไม่เหมาะสม | 48 | 12.5 |
| **สภาพของถังรองรับขยะของเทศบาล** | | |
| มีจำนวนและขนาดที่ไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะ | 166 | 43.2 |
| ไม่มีถังรองรับแยกตามประเภทของขยะ | 102 | 26.6 |
| ไม่มีฝาปิดมิดชิด | 42 | 11.0 |
| มีการรั่วซึม | 37 | 9.6 |
| อื่น ๆ | 37 | 9.6 |

**2. การศึกษาปัญหาการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น**

จากการศึกษาปัญหาการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.088, SD=0.690) แยกตามรายด้านพบว่า ด้านเหตุรำคาญ ด้านการจัดการขนส่งขยะ ด้านจุดทิ้งและที่พักขยะ และด้านการคัดแยกขยะ และความต้องการในการจัดการขยะ ได้แก่ ด้านการลดปริมาณขยะรีไซเคิลอย่างยั่งยืน (Reduce) ด้านการนำวัสดุมาใช้ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง (Reuse) ด้านการนำไป

แปรสภาพแล้วหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) ด้านการใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการขยะ และด้านการนำมาตรการ ระเบียบของเทศบาลและกระบวนการมีส่วนร่วม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.615, SD=0.773)

2.1 ด้านเหตุรำคาญพบปัญหาอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.240, SD=1.138) ซึ่งพบปัญหาสัตว์พาหะนำโรคมากัดกินขยะในครัวเรือนมากที่สุด รองลงมาคือ กลิ่นเหม็นของขยะในครัวเรือน แมลงวันหรือแมลงอื่นมาตอมขยะในครัวเรือน การบำบัดน้ำเสียและการทิ้งขยะในครัวเรือน ชุมชน ลงในแม่น้ำ ลำคลอง หนอง บึง ร่องระบายน้ำ และการปล่อยน้ำเสียจากครัวเรือน ชุมชนลงสู่แม่น้ำ ลำคลอง ห้วย หนอง บึง ร่องระบายน้ำตามลำดับ แต่มีปริมาณขยะที่เพิ่มขึ้น ซึ่งปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร การย้ายถิ่นฐานหรือการเคลื่อนตัวของประชากร และสภาพทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้น เพื่อมาทำงานหรือมาทำธุรกิจ เป็นต้น

2.2 ด้านการจัดการขนส่งขยะ พบปัญหาอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=1.830, SD=0.640) ซึ่งพบปัญหารถขยะไม่เพียงพอต่อการจัดเก็บขยะมากที่สุด รองลงมาคือ การลำเลียงขยะไปทิ้งที่ถังขยะของชุมชน การขนส่งขยะของครัวเรือนไปยังจุดรับขยะของเทศบาล การจราจร เข้า-ออกสถานที่ทิ้งขยะของชุมชน รถขนขยะไม่มาจัดเก็บขยะตามเวลาตามลำดับ แต่มีการของบประมาณแผ่นดิน ปี 2567-2568 เพื่อจัดซื้อรถขนส่งขยะเพิ่มอีก 13 คัน และมีการขนส่งและการกำจัดขยะไม่ถูกต้องมากนัก ซึ่งขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการกำจัดอย่างถูกต้อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชน เช่น การบรรทุกเกินพอดีเพื่อลดจำนวนเที่ยวในการขนส่งขยะ อาจจะทำให้ขยะล่วงหล่น การขน เท ถ่ายไปยังรถขนขยะ อาจจะทำให้เกิดความไม่สะอาดของถนน หรือที่ทางสาธารณะ เป็นต้น

2.3 ด้านจุดทิ้งและจุดพักขยะ พบปัญหาอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.240, SD=1.138) ซึ่งพบปัญหาจุดพักขยะไม่เพียงพอต่อการจัดเก็บมากที่สุด รองลงมา คือ รถขนขยะไม่เพียงพอต่อการจัดเก็บขยะ จุดพักขยะมีกลิ่นเหม็น ถังขยะไม่เพียงพอต่อปริมาณขยะ แต่มีปริมาณขยะล้นมือ ซึ่งปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเกินกว่าระบบการจัดการขยะเดิม ๆ จะรับมือได้ เช่น จำนวนและขนาดถังขยะที่ไม่เพียงพอ ถังขยะไม่มีฝาปิด แตก รั่วซึม อาจจะทำให้เป็นแหล่งรังโรคของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม สัตว์เลื้อยคลาน สัตว์ปีก และสัตว์ชนิดอื่น เป็นต้น

2.4 ด้านการคัดแยก พบปัญหาอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$=2.020, SD=0.933) ซึ่งพบปัญหาการคัดแยกขยะรีไซเคิลของครัวเรือน เช่น การคัดแยกขวดน้ำ เป็นต้น มากที่สุด รองลงมาคือ การคัดแยกขยะอินทรีย์ของครัวเรือน การคัดแยกขยะทั่วไปของครัวเรือน เช่น กล่องนม ถุงพลาสติก กล่องโฟม กระดาษชำระ และการคัดแยกขยะอันตรายของครัวเรือน เช่น สารเคมีต่าง ๆ เป็นต้น ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ปัญหาการจัดการขยะของชุมนในเขตเทศบาล (n=384)

| รายการ | ค่าเฉลี่ย | SD | ระดับ |
|---|---|---|---|
| 1. ด้านเหตุรำคาญ | 2.266 | 0.950 | น้อย |
| 2. ด้านการจัดการขนส่งขยะ | 1.830 | 0.640 | น้อย |
| 3. ด้านจุดทิ้งและที่พักขยะ | 2.240 | 1.138 | น้อย |
| 4. ด้านการคัดแยกขยะ | 2.020 | 0.933 | น้อย |
| **รวม** | **2.088** | **0.690** | **น้อย** |

**3. การศึกษาความต้องการในการจัดการขยะ ของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น**

จากการศึกษาความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.615, SD=0.733) จำแนกเป็นรายด้าน ดังนี้

3.1 การลดปริมาณขยะรีไซเคิลอย่างยั่งยืน (Reduce) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.691, SD=0.841) โดยต้องการให้มีสถานที่ตั้งธนาคารขยะของเทศบาล เทศบาลอาจจะมีการส่งเสริมการคัดแยกขยะที่ต้นทาง ซึ่งให้ความรู้และส่งเสริมให้ประชาชนคัดแยกขยะตั้งแต่ในครัวเรือน ชุมชนหรือหมู่บ้าน

3.2 การนำวัสดุมาใช้ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง (Reuse) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.616, SD=0.866) โดยเทศบาล อาจจะส่งเสริมสนับสนุน หรือรณรงค์ให้ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติที่ดีของชุมชนในเขตเทศบาลจังหวัดขอนแก่น และสร้างความตระหนักรู้การใช้ซ้ำ เช่น การนำปิ่นโตบรรจุอาหาร ใช้ถ้วย ชาม ช้อนส้อม ทำจากวัสดุอลูมิเนียมหรือเซรามิกค์ มาใช้ในห้องครัวของชุมชนในเขตเทศบาล เพื่อลดหรือทดแทนการใช้ถ้วย ชาม ช้อน ช้อมพลาสติก หรือโฟม เป็นต้น

3.3 การนำไปแปรสภาพแล้วหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.524, SD=0.848) โดยเทศบาลอาจส่งเสริมสนับสนุนการนำไปแปรสภาพแล้วหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่ เช่น การรณรงค์ใช้ภาชนะบรรจุอาหารด้วยกระดาษชานอ้อย การนำน้ำทิ้งจากชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่นหลังการบำบัดน้ำเสียมารดต้นไม้ หรือนำมาผลิตไฟฟ้าเพื่อจำหน่ายให้การไฟฟ้าส่วนภูมิภาค และยังเป็นพลังงานสะอาด เป็นต้น

3.4 การใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการขยะ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.720, SD=0.826) โดยเทศบาล มีการจัดตั้งธนาคารขยะของชุมชน ซึ่งการจัดตั้งธนาคารขยะในชุมชนต่าง ๆ โดยมีเทศบาลเป็นผู้สนับสนุนและให้คำปรึกษา การกำหนดราคาขยะรีไซเคิล ซึ่งกำหนดราคาที่เหมาะสมสำหรับขยะรีไซเคิลต่าง ๆ เพื่อจูงใจให้ประชาชนนำขยะมาฝาก การสร้างระบบการรับซื้อและจำหน่ายขยะรีไซเคิล ซึ่งประสานงานกับโรงงานรับซื้อขยะรีไซเคิลเพื่อรับซื้อขยะจากธนาคารขยะ การสร้างรายได้ให้กับชุมชน ซึ่งนำรายได้จากการขายขยะรีไซเคิลมาพัฒนาชุมชนหรือแบ่งปันให้กับสมาชิกที่นำขยะมาฝาก อาจมีประสิทธิภาพและความยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

3.5 การนำมาตรการ ระเบียบของเทศบาลและกระบวนการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.542, SD=0.858) โดยเทศบาลมีบทบาทสำคัญในการร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และ

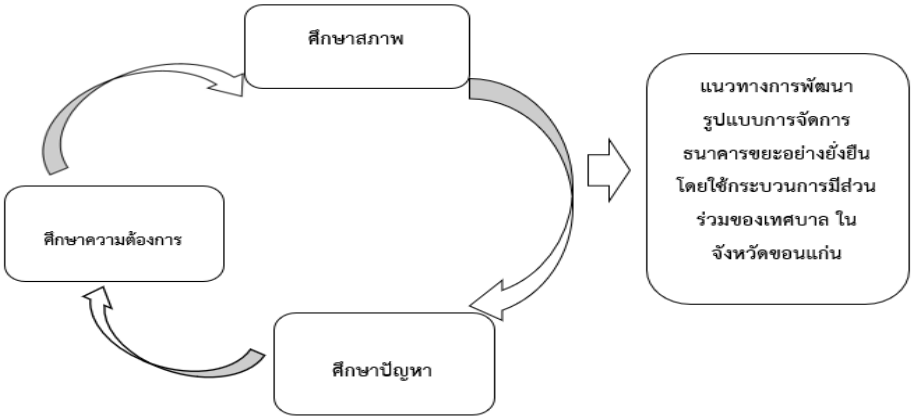
ร่วมติดตาม ประเมินผลการการสนับสนุนด้านงบประมาณ เทคโนโลยี การประสานงาน และการกำกับดูแลตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น ออกข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง ประกาศการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล เพื่อสร้างความเป็นจังหวัดสะอาดต้นแบบนำร่องของประเทศไทย และต้นแบบกองทุนธนาคารขยะอย่างยั่งยืนของชุมชนในเขตเทศบาล เป็นต้น ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** ความต้องการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล (n=384)

| รายการ | ค่าเฉลี่ย | SD | ระดับ |
|---|---|---|---|
| 1. การลดปริมาณขยะรีไซเคิลอย่างยั่งยืน (Reduce) | 3.691 | 0.841 | มาก |
| 2. การนำวัสดุมาใช้ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง (Reuse) | 3.616 | 0.866 | มาก |
| 3. การนำไปแปรสภาพแล้วหมุนเวียนกลับมาใช้ใหม่ (Recycle) | 3.524 | 0.848 | มาก |
| 4. การใช้เทคโนโลยีและภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดการขยะ | 3.720 | 0.826 | มาก |
| 5. การนำมาตรการระเบียบของเทศบาลและกระบวนการมีส่วนร่วม | 3.542 | 0.858 | มาก |
| **รวม** | **3.615** | **0.773** | **มาก** |

## สรุปผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงสภาพการจัดการขยะ พบว่า ปริมาณขยะของชุมชนในเขตเทศบาลจังหวัดขอนแก่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปริมาณขยะอินทรีย์ ขยะรีไซเคิล ขยะทั่วไป ขยะอันตราย ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มาจากการเติบโตของประชากรและเศรษฐกิจ ก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัย ระบบการจัดการขยะเดิม ๆ ไม่เพียงพอและขาดประสิทธิภาพในการใช้ซ้ำ การลดปริมาณขยะด้วยการคัดแยกและการนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ การศึกษานี้ จึงเน้นย้ำความต้องการ เช่น การทำปุ๋ยหมัก การแยกไว้ขาย การส่งเสริมสนับสนุนจัดตั้งธนาคารขยะชุมชน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุนในเขตเทศบาล การส่งเสริมการคัดแยกขยะที่ต้นทาง สร้างความตระหนักรู้ และสร้างรายได้ให้กับเทศบาลและชุมชน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาลและเป็นปัจจัยสำคัญในการแก้ไขปัญหาขยะอย่างยั่งยืนในจังหวัดขอนแก่น และนำไปสู่การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมที่ประสบความสำเร็จ โดยการสร้างกลไกการจัดการขยะอย่างยั่งยืนที่ครบวงจรและมีประสิทธิภาพกลไกการเชื่อมโยงระหว่างสภาพ ปัญหา และความต้องการในการจัดการธนาคารขยะอย่างยั่งยืน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเทศบาล ในจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะอย่างยั่งยืน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเทศบาล ในจังหวัดขอนแก่นในอนาคตต่อไปได้ ดังรูปที่ 2




**ภาพที่ 2** กลไกสภาพ ปัญหา และความต้องการการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล

## อภิปรายผล

การอภิปรายผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของเทศบาลในการจัดการขยะอย่างยั่งยืนในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงปัญหาและความท้าทายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะ รวมถึงโอกาสและศักยภาพในการพัฒนาเน้นประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. สภาพการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งผลการวิจัยอาจแสดงให้เห็นถึงการนำธนาคารขยะมาใช้เป็นกลไกสำคัญในการลดปริมาณขยะโดยเฉพาะขยะรีไซเคิล แต่การประสบความสำเร็จขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน เช่น การมีส่วนร่วมของชุมชน การสนับสนุนจากเทศบาล และการตลาดขยะรีไซเคิล รวมทั้งควรวิเคราะห์ปริมาณขยะที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัณทรัต นวลมา และคณะ[6] ศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลโนนคอม อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น พบว่า สภาพ ปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของเทศบาล คือ สภาพถังขยะไม่เพียงพอ สำหรับให้ชุมชนได้คัดแยกขยะ เพราะมีถังใบเดียว สำหรับให้บริการชุมชน ชุมชน ส่วนใหญ่ต้องการให้เทศบาลเพิ่มถังขยะ ซึ่งสามารถคัดแยกขยะได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นงกต สวัสดิชิตัง และคณะ[9] เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในเขตเทศบาลนครอุดรธานี พบว่า สภาพ ปัญหา และความต้องการในการจัดการขยะของเทศบาล คือ ควรมีถังขยะที่ชำรุดเสียหายจำนวนมากซึ่งเกิดจากการเก็บขนขยะ เพราะพนักงานเก็บขนขยะโยนถังขยะที่เป็นพลาสติก ด้านการเก็บขน การขนส่งขยะ และขยะคงมีขยะตกค้าง มีขยะหกเรี่ยราดบนถนนที่เก็บขนไปกำจัดเนื่องจากรถที่ใช้เก็บขนขยะเป็นรถบรรทุกที่ดัดแปลงมาสำหรับเก็บขนขยะ

2. ปัญหาการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเทศบาลมีบทบาทสำคัญในการร่วมวางแผน ร่วมการปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตาม ประเมินผลการการสนับสนุนด้านงบประมาณ เทคโนโลยี การประสานงาน รวมทั้งการกำกับดูแล การจัดตั้งธนาคารขยะชุมชน การกำหนดราคาขยะรีไซเคิล การส่งเสริมการคัดแยกขยะที่ ต้นทางด้วยหลัก 3Rs: Reduce Reuse Recycle

ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ สุพรรณษา จิราภานุสรณ์ และฉัตรชัย โชติษฐยางกูร[16] เรื่องการพัฒนาแผนแม่บทสำหรับการบริหารจัดการขยะชุมชนกรณีศึกษา: เทศบาลเมืองบุรีรัมย์ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การมีส่วนร่วมของเทศบาล ภาคประชาชน หน่วยงานภาครัฐ และเอกชนในการจัดการขยะที่ต้นทางด้วยหลัก 3Rs ช่วยลดภาระการฝังกลบขยะและช่วยลดปัญหาสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ้งกานต์ พลายแก้ว และประภัสสร อักษรพันธ์[17] ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การมีส่วนร่วมในเขตเทศบาลด้วยการจัดการที่เหมาะสมตามสภาพพื้นที่ คือ การวางแผนการจัดการขยะ การประเมินสถานการณ์การการปฏิบัติ และการติดตาม ประเมินผลการจัดการขยะ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัณทรัต นวลมา และคณะ[6] ศึกษาวิจัยเรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลโนนคอม อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น พบว่า เทศบาลมีบทบาทสำคัญในการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบการการจัดขยะที่เหมาะสม คือ การเก็บรวบรวมขยะมูลฝอย การกำจัดขยะมูลฝอย การเก็บขนมูลฝอย และการรณรงค์ปลูกจิตสำนึกซึ่งเทศบาลควรส่งเสริม สนับสนุนและรณรงค์ให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นไปจนถึงการคัดแยกขยะ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อมร ทรงพุฒิ[18] พบว่าปัญหาการจัดการขยะมีการสะสมขยะครัวเรือนเพื่อรอการเก็บของเทศบาลนำไปเทกองไว้ที่บ่อขยะเกิดเป็นมลพิษสิ่งแวดล้อม ควรจัดการขยะที่ต้นทาง

3. ความต้องการในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปุณฐ์นัฐย์ดา อิสริยาพร[2] การศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการบริหารจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสมของจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ต้องการให้ออกกฎหมายและกฎระเบียบเอื้อต่อการลงทุน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ้งกานต์ พลายแก้ว และประภัสสร อักษรพันธ์[17] ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า จุดเด่นของดานเศรษฐกิจในการจัดการขยะของเทศบาล คือ การสร้างรายได้ให้กับครัวเรือน มีสภาพแวดล้อมสะอาดทัศนียภาพสวยงาม ถนนเป็นระเบียบเรียบร้อยไม่ขวางทางจราจร ลดแหล่งนำโรค มีผู้คนนิยมมาท่องเที่ยวจำนวนมากขึ้น

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

1. ควรนำผลการศึกษาในพื้นที่ของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น ไปใช้ประโยชน์เนื่องจากได้ภาพรวมที่ครอบคลุม และสะท้อนถึงความแตกต่างของสภาพ ปัญหาและความต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการขยะประเภทขยะรีไซเคิล เพื่อการวางแผนการจัดการธนาคารขยะอย่างยั่งยืนต่อไป

2. ควรนำผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ ในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาลจังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการขยะของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียง

3. ควรใช้กลไกสภาพ ปัญหา และความต้องการในการจัดการธนาคารขยะโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเทศบาลในจังหวัดขอนแก่น เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการธนาคารขยะอย่างยั่งยืนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาล จังหวัดขอนแก่น

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรศึกษาแนวทางในการจัดการขยะ เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่เหมาะสม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตเทศบาล จังวัดขอนแก่น
2. ควรศึกษารูปแบบการจัดการขยะอย่างยั่งยืนโดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods) โดยผสมผสานวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน เช่น ใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์ เพื่อให้ได้ทั้งข้อมูลเชิงตัวเลขและข้อมูลเชิงลึก
3. ควรพัฒนาแบบจำลองเชิงคาดการณ์เพื่อทำนายปริมาณขยะรีไซเคิล ขยะอินทรีย์ ขยะทั่วไป และขยะอันตรายในอนาคต และประเมินความต้องการทรัพยากร เพื่อวางแผนการจัดการที่ยั่งยืน และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น ระบบฐานข้อมูล ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS) และระบบติดตามผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเก็บรวบรวม วิเคราะห์ และจัดการข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญศรี ชิตบุตร, วุฒิวัฒน์ อนันต์พุฒิเมธ, เสกสรร ศรีสุข. พฤติกรรมและความต้องการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในเขตเทศบาลตำบลท่าเกษม อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว. วารสารการพัฒนาการเรียนรู้สมัยใหม่.2564; 6(6):147-54.
2. ปุณฐ์นัฐย์ดา อิสริยาพร. รูปแบบการบริหารจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสมของจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. 2560; 4(2):52-63.
3. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30(3):607-10.
4. พัฒน์ พิสิษฐเกษม. การบูรณาการการจัดการโลจิสติกส์ในเศรษฐกิจหมุนเวียน. วารสารรัชต์ภาคย์. 2565;15(46):24-37.
5. สมถวิล อัมพรอารีกุล, สมรักษ์ ศิริเขตรกรณ์, อัญชลีพร อมาตยกุล. การสำรวจสภาพปัญหา ความต้องการพัฒนาของบุคลากรพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ. วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์. 2565; 4(3):111-20.
6. กัณทรัต นวลมา, ธีระ ฤทธิรอด, สุมนต์ สกุลไชย. แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสม โดยการมีส่วนร่วม ของประชาชนในพื้นที่เทศบาลตำบลโนนคอม อำเภอภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย. 2017;11(38):77-85.
7. กิตติ์ พรหมสงฆ์, ปริญญา ทุมสท้าน. การจัดการปัญหาขยะแบบยั่งยืนของเทศบาลนครเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการมหาวิยาลัยปทุมธานี. 2559;11(38):77-85.
8. จำเนียร วงษ์ศรีแก้ว, บุญเลิศ วงค์โพธิ์, วินัย วีระวัฒนานนท์, ศิริชัย จันพุ่ม. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ของตัวบ่งชี้คุณภาพสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลต้นแบบ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(1):13-25.

9. นงกต สวัสดิชิตัง, กฤตติกา แสนโภชน์, ประจญ กิ่งมิ่งแฮ, สืบชาติ อันทะไชย. การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนในเขตเทศบาลนครอุดรธานี. วารสารบัณฑิตศึกษา มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์. 2557;3(1):47-64.
10. พระบุญธรรม ชุ่มเย็น, สุนทรี จีนธรรม, ปัณณ์รภัส ถกลภักดี. รูปแบบการพัฒนาศูนย์เรียนรู้การจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของวัดจังหวัดปทุมธานี. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร. 2561; 6(1):332-43.
11. มงคลกร ศรีวิชัย, ชายแดน พิรุณเดช, ธีระพงษ์ วงศ์สอน, จาตุรนต์ กาศมณี. การจัดการขยะมูลฝอยของชุมชน ในเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองพาน อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. 2557; 2(3):245-54.
12. มนจิรา ถมังรักษ์สัตว์, อรทัย ทิมพงษ์, อัจฉรา ทุเครือ. การสำรวจการจัดการสิ่งแวดล้อมของช่องทางเข้าออกประเทศพรมแดนทางบกในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2561;44(4):337-48.
13. สำนักงานสถิติจังหวัดขอนแก่น. ประชากรกลางปี 2565 [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กันยายน 20]. เข้าถึงได้จาก: https://khonkaen.gdcatalog.go.th/
14. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 8 แก้ไขเพิ่มเติม. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาสน์; 2553.
15. Kareema MIF, Bt Zubairi AM. Validity of an Online Reading Assessment: A Survey Among Sri Lankan University Students. Proceedings of Eighth International Conference of Sabaragamuwa University of Sri Lanka [Internet]. 2021; [Retrieved 2024 September 21]. Available from: http://ir.lib.seu.ac.lk/bitstream/123456789/6223/1/Kareema_Ainol_ICSUSL_2021.pdf
16. สุพรรณษา จิราภานุสรณ์, ฉัตรชัย โชติษฐยางกูร. การพัฒนาแผนแม่บทสำหรับการบริหารจัดการขยะชุมชนกรณีศึกษา : เทศบาลเมืองบุรีรัมย์ อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการ วิศวกรรมศาสตร์ ม.อบ. 2560; 10(2):22-32.
17. รุ้งกานต์ พลายแก้ว, ประภัสสร อักษรพันธ์. ผลของการจัดการขยะมูลฝอยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลตำบลบ้านนา อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี. 2561; 5(2):232-48.
18. อมร ทรงพุฒิ. การจัดการสิ่งแวดล้อมชุมชนของยุวชนในอำเภอนาแห้ว จังหวัดเลย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2559;10(2):74-81.

# ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 9

**ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์[*a], วรพงษ์ สายโสภา[**]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 375 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงาน และแบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.90 อายุเฉลี่ย 44.79 ปี อายุงานเฉลี่ย 21.61 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 6.37 ปี ระยะเวลาทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ 38.11 ชั่วโมง ความคิดเห็นการปฏิบัติงานพบว่า มีภาระงานอยู่ระดับมาก สวัสดิการที่ได้รับและการสนับสนุนจากองค์กรอยู่ระดับปานกลาง มนุษยสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานและความพึงพอใจต่องานอยู่ระดับค่อนข้างมาก ภาวะหมดไฟภาพรวมพบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับปานกลาง ($\bar{X}$=20.19, SD=12.17) ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X}$=5.29, SD=4.84) และด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลระดับปานกลาง ($\bar{X}$=36.66, SD=9.56) และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ความเพียงพอของรายได้ การมีเวลาส่วนตัว มีเวลาพักผ่อน มีเวลาให้ครอบครัว และปัจจัยการทำงาน ได้แก่ อายุงาน ภาระงาน สวัสดิการที่ได้รับ การสนับสนุนจากองค์กร มนุษยสัมพันธ์ ความพึงพอใจในงาน เคยคิดย้ายงาน และเคยคิดลาออกจากอาชีพ มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนปัจจัยเพศ การศึกษา อาชีพ ภาระในครอบครัว สถานที่ทำงาน ประสบการณ์ทำงาน และชั่วโมงทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟ

**คำสำคัญ:** ภาวะหมดไฟ; ผู้จัดการการดูแล; ผู้สูงอายุ

---

[*] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

[**] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

[a] Corresponding author: ภรัญวิทย์ อนันต์ดิลกฤทธิ์ Email: pharanwit@gmail.com

***รับบทความ: 3 ก.พ. 68; รับบทความแก้ไข: 18 ก.พ. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 19 ก.พ. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 31 มี.ค. 68***

# Prevalence and Factor Associated with Burnout State among Care Manager of Long-Term Care System in Health Region 9th

**Pharanwit Anundilokrit*[a], Vorapong Saishopa****

## Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study prevalence and factors associated with burnout among elderly care managers (CM). Samples were 375 healthcare professionals completed CM training and worked in hospitals under the Ministry of Public Health in Health Region 9th. Research instruments were questionnaires on personal and work factors, and burnout measurement. Data were collected from September to October 2024. Data were analyzed using means, standard deviations, and factors associated with burnout were analyzed using Pearson's correlation coefficient.

Results showed that the majority of participants were females (93.90%), with an average age of 44.79 years. Their average work experience was 21.61 years, with specific role experience averaging 6.37 years and average weekly working hours of 38.11. Work opinions showed high workload levels, moderate benefits and organizational supports, and relatively high interpersonal relationships and job satisfaction. Overall burnout assessment showed moderate emotional exhaustion ($\bar{X}$ =20.19, SD=12.17), low depersonalization ($\bar{X}$ =5.29, SD=4.84), and moderate personal achievement ($\bar{X}$ =36.66, SD=9.56). Factors significantly associated with burnout ($p<0.05$) included age, marital status, income, income adequacy, personal time, rest time, family time, work tenure, workload, benefits, organizational support, interpersonal relationships, job satisfaction, thoughts of job transfer, and career change consideration. Factors found not associated with burnout were gender, education, occupation, family obligations, workplace, work experience, and working hours.

**Keywords:** Burnout; Care manager; Elderly

* Medical Physician, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

** Registered Nurse, Professional Level, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

[a] Corresponding author: Pharanwit Anundilokrit Email: pharanwit@gmail.com

***Received: Feb. 3, 25; Revised: Feb. 18, 25; Accepted: Feb. 19, 25; Published Online: Mar. 31, 25***

## บทนำ

ในปัจจุบันผู้สูงอายุทั่วโลก คาดว่ามีจำนวนมากกว่า 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2565 โดยทุกภูมิภาคจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างปี 2565 ถึง 2593 เฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.30 ต่อปี ในกลุ่มประเทศอาเซียน สิงคโปร์ เป็นประเทศที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงสุด ร้อยละ 22.96 รองลงมา ประเทศไทย ร้อยละ 18.86 และน้อยสุด เมียนมา ร้อยละ 10.76[1] สำหรับประเทศไทย รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2537-2564 ระยะเวลา 20 ปี แสดงแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในเรื่องแหล่งรายได้หลักเดิมส่วนใหญ่เป็นบุตรจากร้อยละ 58.47 ในปี 2545 ลดลงเหลือร้อยละ 32.18 ในปี 2564 ขณะเดียวกันแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุจากรับเบี้ยยังชีพจากร้อยละ 1.37 ในปี 2545 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 19.18 ในปี 2564 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี 2537 มีสัดส่วนร้อยละ 3.60 ในปี 2564 เพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ 11.99 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ลดลงจากร้อยละ 25.90 ในปี 2537 ลดลงเหลือร้อยละ 12.36 ในปี 2564[2] ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพ ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้อุปสงค์ของผู้สูงอายุไทยต่อความต้องการระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ เพื่อให้เข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[2]

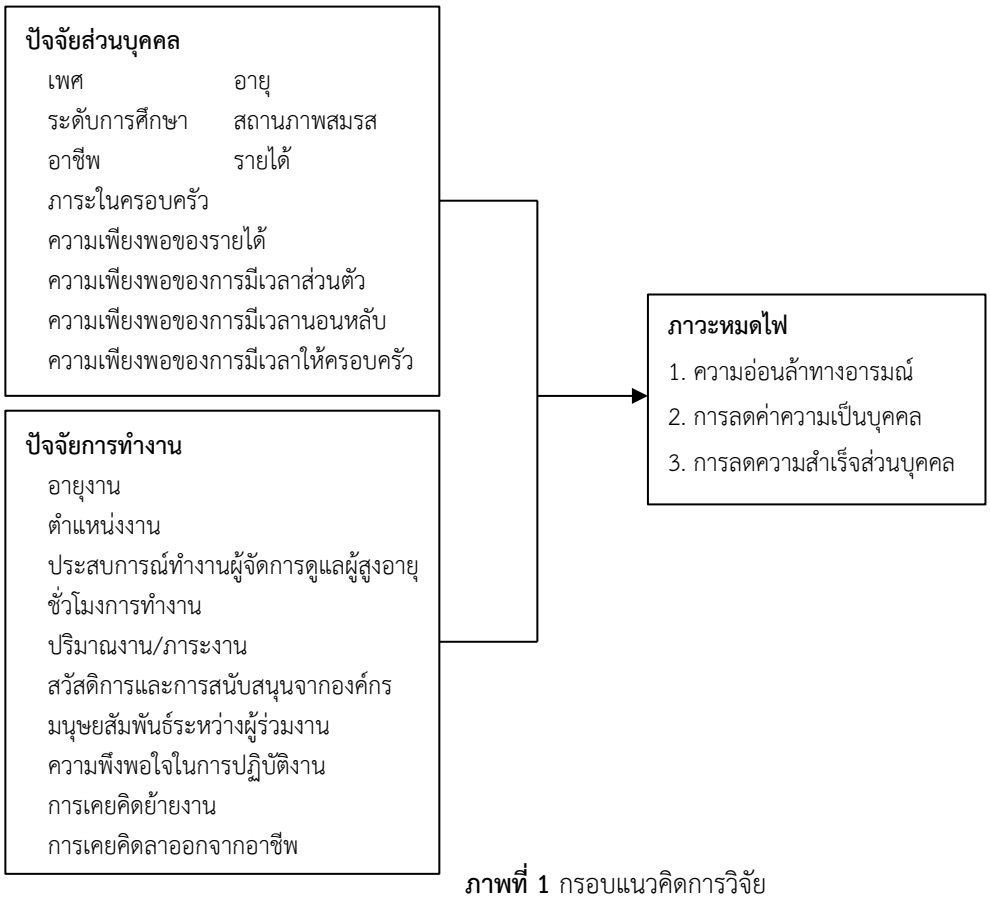
ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และวางแผนการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุด้านการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ในการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จากการดำเนินงานตั้งแต่ ปี 2559-2566 กรมอนามัยได้มีการจัดอบรม CM ครอบคลุมทุกพื้นที่เขตสุขภาพ โดยในปี 2566 ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 19,877 คน เกณฑ์โดยเฉลี่ย CM 1 คนต่อผู้สูงอายุ 35 คน พบว่าเขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 10 มีสัดส่วน CM ต่อการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับต่ำ โดยเขตสุขภาพที่ 10 สัดส่วน 1 : 45 คน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 7 สัดส่วน 1 : 41 คน และเขตสุขภาพที่ 8 สัดส่วน 1 : 38 คน[3] ในการดำเนินงานของ CM กรมอนามัยได้พัฒนาระบบเพื่อให้การเข้าถึงระบบบริการและเอื้อให้เกิดการทำงานที่ดีขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพเกิดขึ้นอย่างครอบคลุมและทั่วถึงทุกพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นบุคคลที่มีเจตคติและมุมมองต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ดี รวมถึงความเสียสละเวลาในการเข้าถึง ค้นหา รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการดูแล ถึงแม้จะมีระบบที่ทันสมัยที่เอื้ออำนวยการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีส่งผลทำให้ภาระงานในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามเช่นกัน ซึ่งภาระงานที่เพิ่มมากเกินไปเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและภาวะหมดไฟในด้านประสิทธิภาพในการทำงานในระดับสูง[4] สำหรับผู้ที่ประสบปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางด้านสุขภาพนับตั้งแต่ความเจ็บป่วยไปจนกระทั่งถึงวิกฤติในชีวิต ต้องมีความรับผิดชอบสูงและต้องเกิดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยน้อยที่สุด ซึ่งพบว่าแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน มีภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้า

ทางอารมณ์ในระดับสูงร้อยละ 43.7 การลดความเป็นบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 45.5 และความสำเร็จส่วนบุคคลในระดับสูง ร้อยละ 100[5]

เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ จังหวัดนครราชสีมา สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ ข้อมูลจากสำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ[3]ในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 63,808 คน CM จำนวน 1,954 คน คิดสัดส่วน 1 : 33 คน ซึ่งสัดส่วนเฉลี่ยการดูแลผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับที่ 4 ในปี พ.ศ. 2567 มี CM จำนวน 2,308 คน แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ที่เพิ่มขึ้นทำให้เพิ่มภาระงานการดูแลผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ในการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาภาวะหมดไฟใน CM ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟของ CM ในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อนำข้อมูลใช้ในการจัดการภาวะหมดไฟ ป้องกันการเกิดภาวะสูญเสียทางบุคลากรที่ต้องออกจากระบบ และพัฒนาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการ ส่งเสริม และสนับสนุน CM ให้สามารถปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟของ CM ในเขตสุขภาพที่ 9 ผู้วิจัยนำเสนอกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแสดงภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการทำงานต่อภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9

**สมมติฐานการวิจัย**

ปัจจัยส่วนบุคคลและการทำงาน มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9

## วิธีการดำเนินการวิจัย

**รูปแบบวิจัย** เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 ปีงบประมาณ 2567 จำนวน 2,308 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 375 คน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่ศึกษา ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน จึงใช้สูตรของทาโร่ ยามาเน่[6] โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ 340.91 ฉบับ เนื่องจากเป็นการส่งแบบสอบถามผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อป้องกันการสูญหายและไม่ครบถ้วนของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดร้อยละ 10 เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 375 คน การคัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบตามสัดส่วนของจังหวัด 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 140 คน ร้อยละ 37.33 จังหวัดบุรีรัมย์จำนวน 82 คน ร้อยละ 21.87 จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 82 คน ร้อยละ 21.87 และจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 71 คน ร้อยละ 18.93

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) กำหนดคุณสมบัติ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ และยังปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในระบบ Long Term Care เขตสุขภาพที่ 9 สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน ภาษาไทย และให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ทำแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ไม่ยินยอมหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามของกลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น[7] ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและชีวิตความเป็นอยู่ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ภาระในครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความเพียงพอของการมีเวลาส่วนตัว ความเพียงพอของการมีเวลานอนหลับ ความเพียงพอของการมีเวลาให้ครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการทำงาน ได้แก่ อายุงาน ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงานผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ ชั่วโมงการทำงาน ปริมาณงาน การเคยคิดลาออกจากอาชีพ เบี้ยเลี้ยงและสวัสดิการ ระยะเวลาในการทำงาน ตำแหน่งงาน การสนับสนุนจากองค์กร มนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยงานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น[7] ซึ่งแปลมาจากแบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องเหมาะสมตามโครงสร้างและภาษา ความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ เท่ากับ 0.83 ด้านการเมินเฉยต่องาน เท่ากับ 0.90 และด้านความสามารถในการทำงาน เท่ากับ 0.84 ประกอบด้วย คำถามจำนวน 22 ข้อ ประเมินองค์ประกอบทั้งสามด้านของภาวะหมดไฟในการทำงาน กำหนดข้อคำถามทางลบ จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 6, 8, 13,14, 16 และ 20 และด้านการลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 5, 10, 11, 15 และ 22 ข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 และ 21 โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ตั้งแต่ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย จนถึงมีความรู้สึกเช่นนั้นทุกวัน โดยกำหนดคะแนน 0-6 ตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การกำหนดคะแนน เพื่อแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านตามที่ของแมสแลชและแจ็คสัน (Maslach & Jackson) กำหนดดังนี้

ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ระดับต่ำ 0-16 คะแนน ระดับปานกลาง 17-26 คะแนน ระดับสูง 27 คะแนนขึ้นไป

การลดความเป็นบุคคล ระดับต่ำ 0-6 คะแนน ระดับปานกลาง 7-12 คะแนน ระดับสูง 13 คะแนนขึ้นไป

ความสำเร็จส่วนบุคคล ระดับต่ำ 39 คะแนนขึ้นไป ปานกลาง 32-38 คะแนน ระดับสูง 0-31 คะแนน

**ขั้นตอนดำเนินการ** มีดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ และได้ทบทวนวรรณกรรม ผลงานทางวิชาการ ในเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567
2. ทำหนังสือเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2567

3. เสนอโครงการศึกษาวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ผู้วิจัยออกแบบเอกสารแบบสอบถามในรูปแบบ google from ส่งออกเป็นลิงค์ QR Code ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละโรงพยาบาล พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9

2. ทำหนังสือต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ เพื่อส่งแบบสอบถามไปให้อาสาสมัครแต่ละราย โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ภายในระยะเวลา 1 เดือน

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความครบถ้วน จากฐานข้อมูลใน Google from แล้วนำมาลงรหัสและบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2567 ถึง มกราคม พ.ศ. 2568

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่เก็บรวบรวม หากพบว่ามีข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมจนครบถ้วน

**การวิเคราะห์ข้อมูล** โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด

2. วิเคราะห์ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อคะแนนระดับภาวะหมดไฟรายด้าน โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation analysis) ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบไม่อิงพารามิเตอร์ ได้แก่ การทดสอบของแมนวิทนีย์ (Mann-Whitney U test) การทดสอบของ ครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเพียร์แมน (Spearman's correlation)

**การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร**

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้รับการรับรองเลขที่ NRPH 133 ลงวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2567

## ผลการวิจัย

**1. ปัจจัยข้อมูลส่วนตัว**

ปัจจัยส่วนตัวของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.90 และเพศชาย ร้อยละ 6.10 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 33.30 รองลงมา ช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 33.10 โดยอายุเฉลี่ย 44.79 ปี อายุมากที่สุด 60 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 64.50 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับระดับปริญญาตรี ร้อยละ 83.90 พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 89.90 รายได้อยู่ช่วง 40,001-60,000 บาท ร้อยละ 38.90 ความพอเพียงของรายได้ ส่วนใหญ่มีรายจ่ายมากกว่ารายได้และมีหนี้สิน ร้อยละ 45.10 มีภาระ ร้อยละ 91.20 ภาระด้านการเงินส่วนใหญ่ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.90 ภาระดูแลครอบครัวส่วนใหญ่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.90 ดังแสดงในตาราง 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายจังหวัด (n=375)

| ลักษณะทั่วไป | นครราชสีมา (n=140) n (%) | ชัยภูมิ (n=71) n (%) | บุรีรัมย์ (n=82) n (%) | สุรินทร์ (n=82) n (%) | รวม (n=375) n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| เพศ | | | | | |
| หญิง | 130 (34.7) | 65 (17.3) | 81 (21.60) | 76 (1.6) | 352 (93.90) |
| ชาย | 10 (2.70) | 6 (1.60) | 1 (0.3) | 6 (1.6) | 23 (6.10) |
| อายุ (ปี) [$\bar{x}$ (SD)] | 45.79 (9.62) | 47.85 (9.08) | 43.45 (8.46) | 41.75 (9.53) | 44.79 (9.47) |
| 21-30 | 14 (3.70) | 6 (1.60) | 6 (1.6) | 14 (3.70) | 40 (10.70) |
| 31-40 | 26 (6.90) | 9 (2.40) | 29 (7.70) | 22 (5.90) | 86 (22.90) |
| 41-50 | 44 (11.70) | 23 (6.10) | 28 (7.50) | 29 (7.70) | 124 (33.10) |
| 51-60 | 56 (14.90) | 33 (8.80) | 19 (5.10) | 17 (4.50) | 125 (33.30) |
| สถานภาพสมรส | | | | | |
| โสด | 30 (8.00) | 15 (4.00) | 22 (5.90) | 23 (6.10) | 90 (24.00) |
| คู่ | 93 (24.80) | 48 (12.80) | 49 (13.10) | 52 (13.90) | 242 (64.50) |
| หม้าย | 3 (0.80) | 3 (0.80) | 5 (1.30) | 2 (0.50) | 13 (3.50) |
| แยกกันอยู่/หย่าร้าง | 14 (3.70) | 5 (1.30) | 6 (1.60) | 5 (1.30) | 30 (8.00) |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| ปริญญาตรี | 119 (31.70) | 28 (15.50) | 72 (19.20) | 73 (19.50) | 322 (85.90) |
| ปริญญาโท | 21 (5.60) | 12 (3.20) | 10 (2.60) | 9 (2.40) | 52 (13.80) |
| ปริญญาเอก | 0 | 1 (0.30) | 0 | 0 | 1 (0.30) |
| ลักษณะสายอาชีพ | | | | | |
| พยาบาลวิชาชีพ | 125 (33.30) | 64 (17.10) | 77 (20.50) | 71 (18.90) | 337 (89.90) |
| นักวิชาการสาธารณสุข | 7 (1.90) | 7 (1.90) | 4 (1.10) | 4 (1.10) | 22 (5.90) |
| เจ้าพนักงานสาธารณสุข | 7 (1.90) | 0 | 1 (0.30) | 5 (1.30) | 13 (3.50) |
| นักกายภาพบำบัด | 1 (0.30) | 0 | 0 | 0 | 1 (0.30) |
| รายได้ (บาท) [$\bar{x}$ (SD)] | | | 41,820.82 (15,200.17) | | |
| ต่ำกว่า 15,000 | 5 (1.30) | 3 (0.80) | 4 (1.10) | 6 (1.60) | 18 (4.80) |
| 15,001-30,000 | 31 (8.30) | 15 (4.00) | 25 (6.70) | 34 (9.10) | 105 (28.00) |
| 30,001-45,000 | 35 (9.30) | 10 (2.70) | 24 (6.40) | 12 (3.20) | 81 (21.60) |
| 45,001-60,000 | 57 (15.20) | 34 (9.10) | 28 (7.50) | 27 (7.20) | 146 (38.90) |
| 60,001บาทขึ้นไป | 12 (3.20) | 9 (2.40) | 1 (0.30) | 3 (0.80) | 25 (6.70) |
| ภาระครอบครัวที่ต้องดูแลอุปการะ | | | | | |
| ไม่มีภาระ | 7 (1.90) | 9 (2.40) | 11 (2.90) | 6 (1.60) | 33 (8.80) |
| มีภาระ | 133 (35.50) | 62 (16.50) | 71 (18.90) | 76 (20.30) | 342 (91.20) |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) จำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำแนกตามรายจังหวัด (n=375)

| ลักษณะทั่วไป | นครราชสีมา (n=140) n (%) | ชัยภูมิ (n=71) n (%) | บุรีรัมย์ (n=82) n (%) | สุรินทร์ (n=82) n (%) | รวม (n=375) n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| ภาระด้านการเงิน | | | | | |
| ระดับน้อย | 21 (5.60) | 12 (3.20) | 16 (4.20) | 11 (2.90) | 60 (16.00) |
| ระดับปานกลาง | 70 (18.70) | 36 (9.60) | 32 (8.50) | 38 (10.10) | 176 (46.90) |
| ระดับมาก | 49 (13.10) | 23 (6.10) | 34 (9.10) | 33 (8.80) | 139 (37.10) |
| ภาระดูแลครอบครัว | | | | | |
| ระดับน้อย | 24 (6.40) | 15 (4.00) | 16 (4.20) | 17 (4.50) | 69 (19.20) |
| ระดับปานกลาง | 80 (21.30) | 38 (10.10) | 43 (11.50) | 41 (10.90) | 202 (53.90) |
| ระดับมาก | 36 (9.60) | 18 (4.80) | 23 (6.10) | 24 (6.40) | 101 (26.90) |
| ความพอเพียงของรายได้ | | | | | |
| รายจ่ายมากกว่ารายได้และมีหนี้สิน | 60 (16.00) | 34 (9.10) | 39 (10.40) | 36 (9.60) | 169 (45.10) |
| รายจ่ายมากกว่ารายได้แต่ไม่มีหนี้สิน | 7 (1.90) | 2 (0.50) | 1 (0.30) | 6 (1.60) | 16 (4.30) |
| รายได้เหลือพอกับรายจ่าย | 44 (11.70) | 20 (5.30) | 22 (5.90) | 27 (7.20) | 113 (30.10) |
| รายได้พอใช้และมีเงินเก็บ | 29 (7.70) | 15 (4.00) | 20 (5.30) | 13 (3.50) | 77 (20.50) |

**2. ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่**

ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ การนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ ร้อย 73.60 ระยะเวลาการนอนหลับ ร้อยละ 83.20 โดยเฉลี่ย 6.72 ชั่วโมง การมีเวลาส่วนตัว ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 73.60 และการมีเวลาให้ครอบครัว ส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 59.50 และเมื่อพิจารณารายจังหวัด ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีอัตราความเพียงพอทุกด้านสูงกว่า จังหวัดชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ดังแสดงในตาราง 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละ ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำแนกรายจังหวัด (n=375)

| ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่ | นครราชสีมา (n=140) n (%) | ชัยภูมิ (n=71) n (%) | บุรีรัมย์ (n=82) n (%) | สุรินทร์ (n=82) n (%) | รวม (n=375) n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| ระยะเวลาการนอนหลับพักผ่อน (ชม./วัน) [$\bar{x}$ (SD)] | 6.72 (1.15) | 6.66 (1.34) | 6.60 (1.07) | 6.89 (1.48) | 6.72 (1.25) |
| น้อยกว่า 6 ชั่วโมง | 14 (3.70) | 13 (3.50) | 11 (2.90) | 13 (3.20) | 50 (13.30) |
| 6-8 ชั่วโมง | 123 (32.80) | 55 (14.70) | 70 (18.70) | 64 (17.10) | 312 (83.20) |
| 9-12 ชั่วโมง | 3 (0.80) | 3 (0.80) | 1 (0.30) | 6 (1.60) | 13 (3.50) |
| ความเพียงพอของการมีเวลานอนหลับ | | | | | |
| เพียงพอ | 103 (27.50) | 51 (13.60) | 59 (15.70) | 63 (16.80) | 276 (73.60) |
| ไม่เพียงพอ | 37 (9.90) | 20 (5.30) | 23 (6.10) | 19 (5.10) | 99 (26.40) |
| ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว | | | | | |
| เพียงพอ | 78 (20.80) | 42 (11.20) | 53 (14.10) | 49 (13.10) | 222 (59.20) |
| ไม่เพียงพอ | 62 (16.50) | 29 (7.70) | 29 (7.70) | 33 (8.80) | 153 (40.80) |
| ความเพียงพอของการมีเวลาให้ครอบครัว | | | | | |
| เพียงพอ | 83 (22.10) | 39 (10.40) | 51 (13.6) | 50 (13.30) | 223 (59.50) |
| ไม่เพียงพอ | 57 (15.20) | 32 (8.50) | 31 (8.3) | 32 (8.50) | 152 (40.50) |

**3. ปัจจัยด้านการทำงาน**

ปัจจัยด้านการทำงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 64.30 รองลงมา โรงพยาบาล ร้อยละ 30.10 อยู่ระดับชำนาญการ ร้อยละ 74.10 อายุงานช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 29.30 โดยเฉลี่ย 21.61 ปี ประสบการณ์การทำงานผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ 0-5 ปี ร้อยละ 45.60 โดยเฉลี่ย 6.37 ปี ระยะเวลาในการทำงานผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ 21-40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยเฉลี่ย 38.11 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ เมื่อพิจารณารายจังหวัด ปัจจัยด้านการทำงานใกล้เคียงกับภาพรวม ผลการศึกษาความแตกต่างระหว่างจังหวัดพบว่า อายุงานเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ รองลงมา จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ และน้อยสุด จังหวัดสุรินทร์ ประสบการณ์การทำงานมากที่สุด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา และสุรินทร์ รองลงมา ชัยภูมิ และน้อยที่สุด จังหวัดบุรีรัมย์ ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์สูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดบุรีรัมย์ รองลงมา จังหวัดสุรินทร์ และน้อยที่สุด จังหวัดนครราชสีมา ดังแสดงในตาราง 3

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการทำงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำแนกภาพรวมและรายจังหวัด (n=375)

| ปัจจัยด้านการทำงาน | นครราชสีมา (n=140) n (%) | ชัยภูมิ (n=71) n (%) | บุรีรัมย์ (n=82) n (%) | สุรินทร์ (n=82) n (%) | รวม (n=375) n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน | | | | | |
| โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน | 45 (12.0) | 20 (5.33) | 26 (6.93) | 22 (5.87) | 113 (30.10) |
| โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | 82 (21.87) | 47 (12.53) | 53 (14.13) | 59 (15.73) | 241 (64.30) |
| ศูนย์บริการสุขภาพ/ศูนย์แพทย์/สสอ. | 11 (2.93) | 3 (0.80) | 3 (0.80) | 0 | 17 (4.50) |
| สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | 2 (0.53) | 1 (0.26) | 0 | 1 (0.26) | 4 (1.10) |
| ตำแหน่งงาน | | | | | |
| ระดับปฏิบัติการ | 27 (7.20) | 11 (2.90) | 14 (3.70) | 23 (6.10) | 75 (20.00) |
| ระดับชำนาญการ | 101 (26.90) | 58 (15.50) | 63 (16.30) | 56 (14.90) | 278 (74.10) |
| ระดับชำนาญการพิเศษ | 12 (3.20) | 2 (0.50) | 5 (1.30) | 3 (0.80) | 22 (5.90) |
| อายุงาน (ปี) [$\bar{x}$ (SD)] | 22.83 (10.62) | 24.88 (10.32) | 20.26 (9.82) | 18.02 (10.21) | 21.61 (10.54) |
| 0-10 ปี | 23 (6.10) | 8 (2.10) | 15 (4.00) | 21 (5.60) | 67 (17.90) |
| 11-20 ปี | 34 (9.10) | 15 (4.00) | 25 (6.70) | 34 (9.10) | 108(28.80) |
| 21-30 ปี | 45 (12.00) | 22 (5.90) | 28 (7.50) | 15 (4.00) | 110 (29.30) |
| 31 ปีขึ้นไป | 38 (10.10) | 22 (6.90) | 14 (3.70) | 12 (3.20) | 90 (24.00) |
| ประสบการณ์การทำงานผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ | 6.34 (5.56) | 6.89 (5.67) | 5.94 (3.78) | 6.34 (5.34) | 6.37 (5.19) |
| 0-5 ปี | 63 (16.80) | 31 (8.30) | 35 (9.30) | 42 (11.20) | 171 (45.60) |
| 6-10 ปี | 65 (17.30) | 31 (8.30) | 41 (10.90) | 26 (6.90) | 163 (43.50) |
| 11-15 ปี | 4 (1.10) | 3 (0.80) | 5 (1.30) | 9 (2.40) | 21 (5.60) |
| 16-20 ปี | 5 (1.30) | 5 (1.30) | 1 (0.30) | 4 (1.10) | 15 (4.00) |
| 21 ปีขึ้นไป | 3 (0.80) | 1 (0.30) | 0 | 1 (0.30) | 5 (1.30) |

**ตารางที่ 3** (ต่อ) จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการทำงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำแนกภาพรวมและรายจังหวัด (n=375)

| ปัจจัยด้านการทำงาน | นครราชสีมา (n=140) n (%) | ชัยภูมิ (n=71) n (%) | บุรีรัมย์ (n=82) n (%) | สุรินทร์ (n=82) n (%) | รวม (n=375) n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| ระยะเวลาปฏิบัติงานด้านดูแลผู้สูงอายุ (ชม./สัปดาห์)[$\bar{x}$ (SD)] | 34.28 (20.74) | 36.69 (19.79) | 42.78 (23.21) | 41.23 (23.71) | 38.11 (22.01) |
| 0-20 ชั่วโมง | 47 (12.50) | 18 (4.80) | 17 (1.20) | 22 (5.90) | 104 (27.70) |
| 21-40 ชั่วโมง | 43 (11.50) | 32 (8.50) | 26 (6.90) | 18 (4.80) | 119 (31.70) |
| 41-60 ชั่วโมง | 41 (10.90) | 16 (4.30) | 25 (6.70) | 30 (8.00) | 112 (29.90) |
| 61 ชั่วโมงขึ้นไป | 9 (2.40) | 5 (1.30) | 14 (3.70) | 12 (3.20) | 40 (10.70) |
| การเคยคิดย้ายงาน | | | | | |
| ไม่เคย | 67 (17.90) | 28 (7.50) | 34 (9.10) | 32 (8.50) | 161 (42.90) |
| เคย | 73 (19.50) | 43 (11.50) | 48 (12.80) | 50 (13.30) | 214 (57.10) |
| การเคยคิดลาออกจากอาชีพ | | | | | |
| ไม่เคย | 66 (17.60) | 31 (8.30) | 41 (10.90) | 39 (10.40) | 177 (47.20) |
| เคย | 74 (19.70) | 40 (10.70) | 41 (10.90) | 43 (11.50) | 198 (52.80) |
| ปริมาณงาน/ภาระงาน | 4.30 (0.66)* | 4.11 (0.68)* | 4.08 (0.74)* | 4.17 (0.66)* | 4.09 (0.68)* |
| น้อย | 0 | 0 | 1 (0.30) | 0 | 1 (0.30) |
| ค่อนข้างน้อย | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ปานกลาง | 28 (7.50) | 13 (3.50) | 13 (3.50) | 12 (3.20) | 66 (17.60) |
| ค่อนข้างมาก | 79 (21.10) | 37 (9.90) | 45 (12.00) | 44 (11.70) | 205 (54.70) |
| มาก | 33 (8.80) | 21 (5.60) | 23 (6.10) | 26 (6.90) | 103 (27.50) |
| ค่าตอบแทน/สวัสดิการที่ได้รับ | 2.14 (0.82)* | 2.14 (0.82)* | 2.30 (0.81)* | 2.18 (0.81)* | 2.18 (0.82)* |
| น้อย | 38 (10.10) | 18 (4.80) | 18 (4.80) | 18 (4.80) | 92 (24.50) |
| ค่อนข้างน้อย | 45 (12.00) | 27 (7.20) | 21 (5.60) | 34 (9.10) | 127 (33.90) |
| ปานกลาง | 56 (14.90) | 24 (6.40) | 43 (11.50) | 27 (7.20) | 150 (40.00) |
| ค่อนข้างมาก | 1 (0.30) | 2 (0.50) | 0 | 3 (0.80) | 6 (1.60) |
| การสนับสนุนจากองค์กร | 2.47 (0.86)* | 2.43 (0.98)* | 2.59 (0.95)* | 2.54 (0.95)* | 2.50 (0.92)* |
| น้อย | 20 (5.30) | 14 (3.70) | 13 (3.50) | 13 (3.50) | 60(16.00) |
| ค่อนข้างน้อย | 48 (12.80) | 22 (5.90) | 20 (5.30) | 21 (5.60) | 111(29.60) |
| ปานกลาง | 59 (15.70) | 26 (6.90) | 37 (9.90) | 40 (10.70) | 162(43.20) |
| ค่อนข้างมาก | 12 (3.20) | 8 (2.10) | 11 (2.90) | 6 (1.60) | 37(9.90) |
| มาก | 1 (0.30) | 1 (0.30) | 1 (0.30) | 2 (0.50) | 5(1.30) |

**ตารางที่ 3** (ต่อ) จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านการทำงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำแนกภาพรวมและรายจังหวัด (n=375)

| ปัจจัยด้านการทำงาน | นครราชสีมา (n=140) n (%) | ชัยภูมิ (n=71) n (%) | บุรีรัมย์ (n=82) n (%) | สุรินทร์ (n=82) n (%) | รวม (n=375) n (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| มนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงาน | 3.74 (0.86)* | 3.67 (0.93)* | 3.81 (0.87)* | 3.91 (0.81)* | 3.78 (0.87)* |
| น้อย | 3 (0.80) | 1 (0.30) | 2 (0.50) | 1 (0.30) | 7(1.90) |
| ค่อนข้างน้อย | 0 | 6 (1.60) | 0 | 2 (0.50) | 8(2.10) |
| ปานกลาง | 57 (15.20) | 22 (5.90) | 28 (7.50) | 19 (5.10) | 126(33.60) |
| ค่อนข้างมาก | 50 (13.30) | 28 (7.50) | 33 (8.80) | 41 (10.90) | 152(40.50) |
| มาก | 30 (8.00) | 14 (3.70) | 19 (5.10) | 19 (5.10) | 82(21.90) |
| ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน | 3.24 (0.87)* | 3.16 (0.86)* | 3.42 (0.90)* | 3.20 (0.84)* | 3.26 (0.87)* |
| น้อย | 5 (1.30) | 3 (0.80) | 2 (0.50) | 3 (0.80) | 13 (3.50) |
| ค่อนข้างน้อย | 18 (4.80) | 7 (1.90) | 8 (2.10) | 7 (1.90) | 40 (10.70) |
| ปานกลาง | 62 (16.50) | 41 (10.90) | 34 (9.10) | 48 (12.80) | 185 (49.30) |
| ค่อนข้างมาก | 48 (12.80) | 15 (4.00) | 29 (7.70) | 18 (4.80) | 110 (29.30) |
| มาก | 7 (1.90) | 5 (1.30) | 9 (2.40) | 6 (1.60) | 27 (7.20) |

*p=0.000

**4. ความชุกของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ**

ผลการศึกษาความชุกของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม พบว่า ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.10 ($\overline{x}$=20.19, SD=12.17) ด้านลดความเป็นบุคคล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ($\overline{x}$=5.29, SD=4.84) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ($\overline{x}$=36.66, SD=9.56) ดังแสดงในตาราง 4

**ตารางที่ 4** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม จำแนกรายด้าน (n=375)

| ภาวะหมดไฟ | จำนวน | ร้อยละ | $\overline{x}$ | SD | แปลผล |
|---|---|---|---|---|---|
| ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ | | | 20.19 | 12.17 | ปานกลาง |
| ระดับต่ำ (0-16 คะแนน) | 169 | 45.10 | | | |
| ระดับปานกลาง (17-26 คะแนน) | 96 | 25.60 | | | |
| ระดับสูง (27 คะแนนขึ้นไป) | 110 | 29.30 | | | |

**ตารางที่ 4** (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม จำแนกรายด้าน (n=375)

| ภาวะหมดไฟ | จำนวน | ร้อยละ | $\overline{x}$ | SD | แปลผล |
|---|---|---|---|---|---|
| ด้านการลดความเป็นบุคคล | | | 5.29 | 4.85 | ต่ำ |
| ระดับต่ำ (0-6 คะแนน) | 258 | 68.80 | | | |
| ระดับปานกลาง (7-12 คะแนน) | 82 | 21.90 | | | |
| ระดับสูง (13 คะแนนขึ้นไป) | 35 | 9.30 | | | |
| ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล | | | 36.66 | 9.56 | ปานกลาง |
| ระดับต่ำ (39 คะแนนขึ้นไป) | 196 | 52.30 | | | |
| ระดับปานกลาง (32-38 คะแนน) | 84 | 22.40 | | | |
| ระดับสูง ( 0-31 คะแนน) | 95 | 25.30 | | | |

เมื่อพิจารณาความชุกของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 เปรียบเทียบรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดชัยภูมิ ($\overline{x}$=21.70, SD=12.94) รองลงมา จังหวัดสุรินทร์ ($\overline{x}$=21.26, SD=12.95) นครราชสีมา ($\overline{x}$=19.34, SD=11.34) และน้อยที่สุด จังหวัดบุรีรัมย์ ($\overline{x}$=19.25, SD=12.05) ในด้านลดความเป็นบุคคล ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ($\overline{x}$=5.72, SD=5.04) รองลงมา จังหวัดชัยภูมิ ($\overline{x}$=5.67, SD=4.84) จังหวัดสุรินทร์ ($\overline{x}$=4.90, SD=5.08) และน้อยที่สุด จังหวัดบุรีรัมย์ ($\overline{x}$=4.60, SD=4.16) และในด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดสุรินทร์ ($\overline{x}$=37.90, SD=8.67) รองลงมา จังหวัดบุรีรัมย์ ($\overline{x}$=37.30, SD=9.07) จังหวัดนครราชสีมา ($\overline{x}$=36.17, SD=9.84) และน้อยที่สุด จังหวัดชัยภูมิ ($\overline{x}$=35.45, SD=10.49)

**5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ**

5.1 ผลทดสอบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบพฤติกรรมของภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม พบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการลดความเป็นบุคคลในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.632, p=0.000) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ความสำเร็จส่วนบุคคลในทางลบระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.153, p=0.003) ด้านการลดความเป็นบุคคล มีความสัมพันธ์ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในทางลบระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=-0.183, p=0.000)

5.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 9 ภาพรวม พบว่า ภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในทางบวก ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ภาระงาน เคยคิดย้ายงาน และเคยคิดลาออก และในทางลบ ได้แก่ อายุ รายได้ ความเพียงพอของการนอนหลับพักผ่อน การมีเวลาส่วนตัว การมีเวลาให้ครอบครัว อายุงาน สวัสดิการที่ได้รับ สนับสนุนจากองค์กร ความพึงพอใจในการทำงาน ด้านการลดความเป็นบุคคลในทางบวก ได้แก่ สถานภาพสมรส เคยคิดย้ายงาน และเคยคิด

ลาออก และในทางลบ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ความเพียงพอของการมีเวลาส่วนตัว การมีเวลาให้ครอบครัว อายุงาน สวัสดิการที่ได้รับ สนับสนุนจากองค์กร ความพึงพอใจในการทำงาน และในด้านความสำเร็จส่วนบุคคลในทางบวก ได้แก่ อายุ รายได้ อายุงาน การสนับสนุนจากองค์กร และในทางลบ ได้แก่ เคยคิดย้ายงาน และเคยคิดลาออก ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ภาพรวม (n=375)

| ปัจจัย | ความอ่อนล้าทางอารมณ์ | | การลดความเป็นบุคคล | | ความสำเร็จส่วนบุคคล | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | r | p | r | p | r | p |
| ข้อมูลทั่วไป | | | | | | |
| เพศ | -0.013 | 0.797 | -0.102 | 0.049* | 0.001 | 0.978 |
| อายุ | -0.207 | 0.000** | -0.166 | 0.001** | 0.146 | 0.005** |
| การศึกษา | 0.000 | 0.997 | -0.041 | 0.426 | 0.076 | 0.139 |
| สถานภาพสมรส | -0.118 | 0.022* | -0.111 | 0.032* | 0.035 | 0.501 |
| อาชีพ | -0.790 | 0.127 | -0.045 | 0.385 | 0.290 | 0.577 |
| หน่วยงาน | 0.012 | 0.821 | 0.027 | 0.596 | 0.019 | 0.715 |
| รายได้ | -0.125 | 0.015* | -0.117 | 0.024* | 0.124 | 0.016* |
| ภาระในครอบครัว | -0.025 | 0.625 | -0.071 | 0.172 | -0.032 | 0.541 |
| ความเพียงพอของรายได้ | 0.125 | 0.015* | 0.039 | 0.447 | -0.091 | 0.079 |
| ความเพียงพอของการนอนหลับ | -0.196 | 0.000** | -0.089 | 0.086 | 0.031 | 0.545 |
| ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว | -0.267 | 0.000** | -0.106 | 0.041* | -0.004 | 0.932 |
| ความเพียงพอของเวลาครอบครัว | -0.292 | 0.000** | -0.134 | 0.009** | -0.009 | 0.857 |
| ปัจจัยการทำงาน | | | | | | |
| อายุงาน | -0.215 | 0.000** | -0.159 | 0.002** | 0.114 | 0.027* |
| ประสบการณ์ | -0.062 | 0.232 | -0.076 | 0.141 | 0.037 | 0.469 |
| ชั่วโมงทำงาน | 0.089 | 0.087 | 0.034 | 0.510 | 0.045 | 0.388 |
| ภาระงาน | 0.197 | 0.000** | 0.076 | 0.143 | 0.075 | 0.145 |
| สวัสดิการที่ได้รับ | -0.320 | 0.000** | -0.165 | 0.001** | -0.002 | 0.962 |
| สนับสนุนจากองค์กร | -0.292 | 0.000** | -0.161 | 0.002** | 0.143 | 0.005** |
| สัมพันธภาพในหน่วยงาน | -0.259 | 0.000** | -0.205 | 0.000** | 0.064 | 0.218 |
| ความพึงพอใจในการทำงาน | -0.491 | 0.000** | -0.241 | 0.000** | 0.265 | 0.000** |
| คิดย้ายงาน | 0.407 | 0.000** | 0.225 | 0.000** | -0.271 | 0.000** |
| คิดลาออก | 0.442 | 0.000** | 0.298 | 0.000 | -0.141 | 0.006 |

*p<0.05, **p<0.01

## การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ดังนี้

ความชุกของภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 9 ผลการศึกษาภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง โดยค่าเฉลี่ยความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับปานกลาง ($\bar{x}$=20.19) การลดความเป็นบุคคลระดับต่ำ ($\bar{x}$=5.29) และความสำเร็จส่วนบุคคลระดับปานกลาง ($\bar{x}$=36.66) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภรณ์ สิณัตพัฒนะศุข และธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์[8] ภาวะหมดไฟในการทำงานของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดคุณค่าความเป็นบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลางและสูง แตกต่างกับการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิรินภา[9] ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด ภาพรวมมีภาวะเหนื่อยล้าจากงานระดับสูงร้อยละ 17.0 ระดับปานกลางร้อยละ 8.5 และระดับต่ำร้อยละ 9.3 โดยเมื่อเปรียบเทียบพิจารณาภาวะหมดไฟรายจังหวัด พบว่าจังหวัดชัยภูมิมีภาวะหมดไฟสูงสุด รองลงมาจังหวัดสุรินทร์ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดนครราชสีมาตามลำดับ โดยค่าเฉลี่ยภาวะหมดไฟรายด้านของแต่ละจังหวัดอยู่ในระดับปานกลางใกล้เคียงกันกับภาพรวม อธิบายได้ว่า ส่วนใหญ่ลักษณะอาชีพพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากเป็นวิชาชีพบริการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับความเครียดจากการทำงาน และมีความกดดันสูงหรืออยู่ในสถานการณ์ตึงเครียดสูงอยู่เป็นระยะเวลานาน ด้วยลักษณะการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ให้บริการสุขภาพ ลักษณะงานมีความเร่งด่วนและเกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตของชีวิตมนุษย์ ย่อมส่งผลต่อสุขภาพและก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง นำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงานได้[10]

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า อายุ อายุงาน และรายได้ มีความสัมพันธ์ผกผันกับภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคล แต่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับด้านความสำเร็จส่วนบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ อายุเฉลี่ย 44.79 ปี อายุงานเฉลี่ย 21.61 ปี อธิบายได้ว่า อายุเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิต จึงทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีวุฒิภาวะทางอารมณ์สูง มองชีวิตได้อย่างลึกซึ้งและเข้าใจ ทำให้สามารถปรับตัวได้เมื่อประสบกับความเครียด และอายุงานมากขึ้นจะมีรายได้เพิ่มสูงขึ้น มีความมั่นคงในอาชีพและสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวที่มั่นคง ส่งผลต่อความคงอยู่ในวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรจาริน หงษา และคณะ[11] ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุและระยะเวลาการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมภาคเอกชนกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มอายุน้อยมีโอกาสเปลี่ยนงานและลาออกมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก เนื่องจากมีระดับความเชี่ยวชาญที่ไม่เสถียร

ปัจจัยภาระงาน เป็นปัจจัยด้านการทำงานที่มีความสัมพันธ์ตรงกับภาวะหมดไฟด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.197$, $p<0.01$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาระงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$=4.09) ทั้งนี้จากความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ภาระงานมากส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากนโยบาย

และการกำหนดเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปี ทำให้กระบวนการทำงานเพิ่มความซ้ำซ้อน มีความยุ่งยากในทางปฏิบัติงานจริงโดยเฉพาะระบบลงข้อมูลในด้านการเบิกจ่ายประมาณที่ซ้ำซ้อนและล่าช้า ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยและเกิดข้อร้องเรียนตามมา รวมถึงเวลาการปฏิบัติงานในชุมชนนอกเวลาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องในชุมชน อาจส่งผลกระทบให้เกิดความเครียดในการทำงานเรื้อรัง และส่งผลระยะยาวเป็นสาเหตุให้บุคลากรคิดย้ายงานหรือลาออกจากอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพรัตน์ บำรุงพนิชถาวร[4] ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าและด้านความเย็นชาคือ ภาระงานที่มากเกิน เช่นเดียวกับการศึกษา Ujjan et al.[12] ที่พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในศัลยแพทย์ประสาท เกิดจากงานประจำที่ไม่เสถียร รวมถึงมีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน ซึ่งการทำงานมากเกินไปจนไม่มีเวลาที่เพียงพอในการพักผ่อนและสังสรรค์กับเพื่อนหรือเข้าสังคม การขาดสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดและการสนับสนุนจากผู้อื่น การมีความรับผิดชอบที่มากเกินไปแต่เพียงผู้เดียว โดยไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากผู้อื่นอย่างเพียงพอ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในการเกิดภาวะหมดไฟ[13] ในการศึกษานี้ปัจจัยด้านชีวิตความเป็นอยู่และปัจจัยการทำงานอื่น ๆ มีความสัมพันธ์ผกผันกับภาวะหมดไฟในการทำงานภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีภาระในครอบครัวด้านการเงินและการดูแล ร้อยละ 91.20 มีรายจ่ายมากกว่ารายได้และมีหนี้สิน ร้อยละ 45.10 ความเพียงพอของเวลาส่วนตัว ร้อยละ 59.20 และการมีเวลาให้ครอบครัว ร้อยละ 59.50 จะเห็นได้ว่าภาระงานเพิ่มขึ้น ความรับผิดชอบที่สูงขึ้นตามมาด้วยความเครียด อาจทำให้เกิดภาวะหมดไฟส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นความรับผิดชอบต่อครอบครัวมีความสำคัญจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการให้ดีและเหมาะสม[14] และจากการแสดงความคิดเห็นด้านสวัสดิการที่ได้รับ การสนับสนุนจากองค์กร การมีมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับค่อนข้างมากและปานกลาง จึงส่งผลให้ภาวะหมดไฟของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 9 อยู่ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ จามรี ณ บางช้าง[15] ที่พบว่าปัจจัยภาระงานที่มากขึ้นมีอิทธิพลต่อคะแนนรวมภาวะเหนื่อยล้าจากงาน ส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานมากขึ้น ส่วนการได้รับการสนับสนุน และสัมพันธภาพที่ดี ส่งผลให้ภาวะเหนื่อยล้าจากงานลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุชาดา ลำพูน และคณะ[16] ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้า เขตสุขภาพที่ 1 การรับรู้ภาระงานและคุณลักษณะของงานและความพึงพอใจในงานระดับมาก ความยึดมั่นต่อองค์กรอยู่ในระดับปานกลาง และมีภาวะหมดไฟในการทำงานอยู่ในระดับต่ำ

สรุปได้ว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคลากร และคุณภาพในการทำงาน ผู้บริหารองค์กรควรให้ความสำคัญของภาวะหมดไฟและสนับสนุนนโยบายการแก้ไขปัญหาเชิงระบบให้เหมาะสมและสร้างบรรยากาศองค์การที่มีความสุขเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ คือ การศึกษาแบบข้อมูลที่ได้จาก บางรายการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จึงต้องคัดออกตามเกณฑ์

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

1) ด้านนโยบาย ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงาน เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน รวมถึงการเชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือระดับพื้นที่ในการดูแลคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ

2) ด้านบริหาร จากการศึกษาควรพิจารณาการแก้ไขปัญหาเชิงระบบให้เหมาะสมกับภาระงาน การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมและเพียงพอ การสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน ส่งเสริมการมีสัมพันธภาพที่ดีในที่ทำงานและการทำงานเป็นทีม สร้างบรรยากาศองค์กรที่มีความสุข

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

ด้านพัฒนางานวิจัย ควรนำผลการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานไปพัฒนารูปแบบการลดและป้องกันภาวะหมดไฟในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสาธารณสุขตามบริบทของพื้นที่

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ที่ปรึกษางานวิจัย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่สนับสนุนในการเก็บข้อมูลช่วยให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World Population Prospects 2022. United Nations; 2022.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานุการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565.กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
3. สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
4. ทิพรัตน์ บำรุงพนิชถาวร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน [วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
5. นครินทร์ ชุนงาม. สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการท างานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28(4):348-59.
6. Yamane T. Statistics: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
7. นันทาวดี วรวสุวัส. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจป้องกันภาวะหมดไฟ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2560;13(2): 603-13.
8. พัชราภรณ์ สิณัตพัฒนะศุข, ธนาสิทธิ์ วิจิตราพันธ์. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(1):154-63.
9. นิตยา เพ็ญศิรินภา. ภาวะเหนื่อยล้าจากงานของบุคลากรด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนนทบุรี ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2566;9(1):84-96.

10. กชามาส วิชัยดิษฐ, อารยา ประเสริฐชัยม, ปกกมล เหล่ารักษาวงษ์. ภาวะหมดไฟในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดชุมพร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565; 30(3):211-21.
11. ภัทรจาริน หงษา, ยุวนุช สัตยสมบูรณ์, จารุวรรณ ธาดาเดช, จุฑาธิป ศีลบุตร. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความตั้งใจคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยไตเทียมภาคเอกชน กรุงเทพมหานคร. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2564;7(3):476-89.
12. Ujjan BU, Hussain F, Nathani KR, Farhad A, Chaurasia B. Factors associated with risk of burnout in neurosurgeons: current status and risk factors. Acta Neurol Belg. 2022 Oct;122(5):1163-1168. doi: 10.1007/s13760-022-02072-2.
13. Smith M, Reid S. Burnout: Symptoms, Treatment, and Tips on How to Deal [Web blog message]. 2019 [cited 2024 July 1]. Available from: https://www.helpguide.org/mental-health/stress/burnout-prevention-and-recovery
14. โยธิน วิเชษฐวิชัย. Burnout Syndrome ภาวะหมดไฟในการทำงาน. 2561 [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กรกฎาคม 1) เข้าถึงได้จาก: https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/หมดไฟ-การทำงาน
15. จามรี ณ บางช้าง. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลราชวิถี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2562;64(1):61-76.
16. สุชาดา ลำพูน, อนัญญา ประดิษฐปรีชา, อารยา ประเสริฐชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจคงอยู่ในงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2566;16(2):210-22.

# สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 3 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

**พิชชาภรณ์ สาตะรักษ์[*], ฐิตารีย์ ดิษาภิรมย์[*a], กิตติพร ประชาศรัยสรเดช[*]**

## บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปีการศึกษา 2563 จำนวน 154 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม มีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ และแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม 4 ด้าน มีทั้งหมด 16 ข้อ เป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 มีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม และสมรรถนะทางวัฒนธรรม 4 ด้าน ดังนี้ ด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมอยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X}$=6.83, SD=1.82) ด้านความตระหนักรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=12.36, SD=1.65) ด้านทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=18.00, SD=1.95) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=10.13, SD=1.23) และความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=10.42, SD=1.48) รวม 5 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=57.75, SD=5.00) ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษาพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลกับผู้มารับบริการที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** สมรรถนะทางวัฒนธรรม; นักศึกษาพยาบาล; วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์

[*] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี

[a] Corresponding author: ฐิตารีย์ ดิษาภิรมย์ Email: thitaree@bnc.ac.th

***รับบทความ: 17 ม.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 23 ก.พ. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 23 ก.พ. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 31 มี.ค. 68***

# Cultural Competency of The Third Year Nursing Students in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum 1 of Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri

**Pitchaporn Satarak[*], Thitaree Disapirom[*a], Kittiporn Prachasaisoradej[*]**

## Abstract

This descriptive research aimed to examine cultural competence of nursing students. The sample included 154 third-year nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri, who were enrolled in Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum during the 2020 academic year. Participants were selected using purposive sampling. Data were collected using three instruments: 1) a personal information questionnaire; 2) a 15-item multiple-choice questionnaire assessing cultural knowledge; and 3) a 16-item self-assessment measuring four aspects of cultural competence on a 4-point Likert scale, validated by three experts. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, and standard deviations.

Findings revealed that third-year nursing students demonstrated the following levels of cultural competence: cultural knowledge was rated as fair ($\bar{X}$=6.83, SD=1.82), cultural awareness was moderate ($\bar{X}$=12.36, SD=1.65), cultural skills were moderate ($\bar{X}$=18.00, SD=1.95), cultural encounters were high ($\bar{X}$=10.13, SD=1.23), and the desire for cultural competence was also high ($\bar{X}$=10.42, SD=1.48). Overall, cultural competence across all dimensions was rated as moderate ($\bar{X}$=57.75, SD=5.00). These results highlight the benefits for nursing students by providing guidelines for delivering more effective care to patients with diverse cultural backgrounds.

**Keywords:** Cultural competency; Nursing students**;** Maternal and Newborn Nursing and Midwifery Practicum

[*] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chon Buri

[a] Corresponding author: Thitaree Disapirom Email: thitaree@bnc.ac.th

***Received: Jan. 17, 25; Revised: Feb. 23, 25; Accepted: Feb. 23, 25; Published Online: Mar. 31, 25***

## บทนำ

อาชีพพยาบาลเป็นอาชีพหนึ่งที่ต้องทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก และเป็นอาชีพที่ต้องพบกับบุคคลมีความหลากหลายทั้งด้านเชื้อชาติ ศาสนา และความเชื่อ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันของประเทศไทยที่มีการเปิดกว้างทางเศรษฐกิจ และเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ดังนั้นจากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพต้องให้ความสำคัญ และเข้าใจในความแตกต่างทางวัฒนธรรมของบุคคล ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับความหลากหลายทางวัฒนธรรม พยาบาลวิชาชีพจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของมนุษย์ ความเจ็บป่วย ความตาย ตามคำสอนของแต่ละศาสนา มีความรู้เกี่ยวกับภาษาที่นอกเหนือจากภาษาไทย พร้อมกับการมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การวางแผนการพยาบาลที่เป็นองค์รวม นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพ ควรมีลักษณะเฉพาะบุคคลในการเข้าใจความแตกต่างของผู้รับบริการ การไม่ตัดสินบุคคลอื่น และจะต้องเป็นผู้ใฝ่รู้และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ[1] สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้อาจต้องได้รับการอบรม และการสะสมประสบการณ์จากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งในการปฏิบัติงานนั้นเริ่มต้นในครั้งแรกเมื่อเป็นนักศึกษาพยาบาล และเก็บสะสมต่อเนื่องไปตลอดช่วงระยะเวลาของการทำงานของแต่ละคน[2] ซึ่งผู้รับบริการได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลด้วยเช่นกัน[3] แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการต้องการมีส่วนร่วมในการให้การพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งจะรวมไปถึงการปฏิบัติการพยาบาลใด ๆ ก็ตามที่ไม่ขัดกับวัฒนธรรมเดิมของผู้รับบริการ ทั้งนี้การให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้ง กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ หรือองค์รวม เป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดกรอบการจัดการเรียนการสอนที่ครอบคลุมถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรม

พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural nursing) โดยพยาบาลควรตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม ที่หมายรวมถึง ความเชื่อ ค่านิยม อันมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งพยาบาลต้องมีความไวต่อการรับรู้และการให้การพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งผู้รับบริการจะได้รับประโยชน์สูงสุด และเกิดความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษา[4] เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปด้วยความเอื้ออาทร ครบองค์รวม และมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพจะได้รับการหล่อหลอมให้มีความเข้าใจถึงความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละราย ตลอดจนเข้าใจถึงความแตกต่างของความเชื่อและวัฒนธรรม จากระบบการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษา และจะต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural competence) ที่ดีด้วย

สมรรถนะทางวัฒนธรรมสำหรับการพยาบาลซึ่งเป็นที่รู้จักกันดี คือสมรรถนะทางวัฒนธรรมของ เคมพินฮา บาโคท[5] ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมในการให้การพยาบาล เป็นกระบวนการที่ช่วยให้พยาบาลให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการได้สำเร็จ มีประสิทธิภาพ โดยเข้าใจถึงความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ (ความเป็นปัจเจก ครอบครัว และสังคม) ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนย่อยสำคัญ 5 ประการ คือ 1) ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural awareness) 2) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) 3) ทักษะทางวัฒนธรรม (Cultural skill) 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม (Cultural encounters) และ 5) ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural desire) จากการศึกษา

ที่ผ่านมาพบว่า ไม่เพียงแต่พยาบาลวิชาชีพเท่านั้นที่จะต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม แต่ยังรวมไปถึงนักศึกษาพยาบาลด้วย ที่จะต้องมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม เนื่องจากในระหว่างการเรียน และการฝึกปฏิบัติ นักศึกษาต้องดูแลผู้รับบริการที่หลากหลาย จากการศึกษาของ อังคณา จิรโรจน์ ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 มีค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถนะทางวัฒนธรรมต่ำกว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 ซึ่งคะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาทั้ง 2 ชั้นปีอยู่ในระดับมีความตระหนักถึงสมรรถนะทางวัฒนธรรม[6] นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ชั้นปีที่ 2, 3 และ 4 มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในภาพรวม อยู่ในระดับมีความตระหนักทางวัฒนธรรม โดยนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ชั้นปีที่ 3 และ 2 ตามลำดับ[7] และการศึกษาของ ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ และคณะ พบว่าระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง[8] สอดคล้องกับนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนี พระพุทธบาท ที่มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมสูงกว่า นักศึกษาพยาบาลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทางการแพทย์แห่งชาติ ยูเจียง ประเทศจีน[9] จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวจะเห็นได้ว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษายังอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลศาสตร์เหล่านี้เป็นผู้มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมดี ต้องอาศัยการปลูกฝัง การสอนที่มุ่งเน้นให้นักศึกษามีความเข้าใจ เข้าถึงความต่างทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี มีการจัดการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาเกิดทักษะศตวรรษที่ 21 (21st Century Skills) ที่ใช้แนวคิดของ Trilling & Fadel ประกอบด้วย 3Rs และ 7Cs ซึ่งหนึ่งในทักษะที่นักศึกษาจะต้องมี คือ ทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ (Cross-cultural understanding)[10] อันเป็นทักษะการเรียนรู้ที่จำเป็นทั้งในการใช้ชีวิตและการฝึกปฏิบัติงาน และมีสาระสำคัญที่ความสอดคล้องกับสมรรถนะทางวัฒนธรรม จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2557 อยู่ในระดับดี ซึ่งนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 1 คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด และยังพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่านักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3[10]

จากการทบทวนวรรณกรรม นักศึกษาของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี มีทักษะด้านความเข้าใจความต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามผลการศึกษาอาจเป็นการศึกษาในภาพรวม ยังไม่ได้ทำการศึกษาในรายละเอียดที่มีส่วนย่อยสำคัญบางประการอันมีความเกี่ยวข้องกับสมรรถนะทางวัฒนธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ซึ่งนักศึกษาจะต้องดูแลสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งผู้รับบริการในแหล่งฝึกที่นักศึกษาออกฝึกในภาคปฏิบัตินั้น ผู้รับบริการมีความแตกต่างทางด้านความเชื่อทางสุขภาพ ด้านเชื้อชาติศาสนา มีความแตกต่างทั้งภาษา วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน[11] ซึ่งผลการศึกษา

สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ครั้งนี้ จะมีประโยชน์นำไปสู่แนวทางการพัฒนานักศึกษาให้มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และสถานการณ์ความหลากหลายทางวัฒนธรรมในปัจจุบัน

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

เพื่อศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ในการปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1

**กรอบแนวคิดของการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 โดยใช้กรอบแนวคิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมของ แคมพินฮา-บาโคท[5] เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ 1) ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural awareness) 2) ความรู้ทางวัฒนธรรม (Cultural knowledge) 3) ทักษะทางวัฒนธรรม (Cultural skill) 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม (Cultural encounters) และ 5) ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural desire)

## ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากร** คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 จำนวน 154 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ปีการศึกษา 2563 ฝึกปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ณ แหล่งฝึกโรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลอื่นที่เป็นแหล่งฝึกระหว่างเดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2564 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง

**ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามาเน่ กำหนด $\alpha$=0.05 และ 1-$\beta$=0.80 ซึ่งนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2563 มีจำนวน 154 คน เมื่อแทนตัวเลขในสูตรการคำนวณ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 111.19 คน ซึ่งเป็นจำนวนขั้นต่ำที่เพียงพอกับการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายของข้อมูลและให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 154 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ในการวิจัยในครั้งผู้วิจัยขอใช้เครื่องมือจาก ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ[12] ซึ่งเป็นการใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาล และมีลักษณะการวิจัยที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยในครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ศาสนา ลักษณะครอบครัว มีประสบการณ์ได้ดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม มีเพื่อนต่างวัฒนธรรม

2. แบบสอบถามประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรม (IAPCC-R) ของเคมพินฮา-บาโคท[5] แปลโดยประณีต ส่งวัฒนา และคณะ[12] ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงเนื้อหาบางส่วนให้มีความเหมาะสมกับรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ดังนี้

2.1 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม มีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ ข้อละ 1 คะแนน คะแนนรวม 15 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้ทางวัฒนธรรมมาก คะแนนรวมน้อย หมายถึง มีความรู้ทางวัฒนธรรมน้อย

2.2 แบบสอบถามประเมินสมรรถนะทางวัฒนธรรม เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม 4 ด้าน มีทั้งหมด 16 ข้อ แบบประเมินตนเองเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ โดย เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน ประกอบไปด้วยข้อคำถามดังนี้ 1) ด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 1-4, 2) ด้านทักษะทางวัฒนธรรม จำนวน 6 ข้อ คือข้อ 5-10, 3) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม จำนวน 3 ข้อ คือข้อ 11-13, 4) ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม จำนวน 3 ข้อ คือข้อ 14-16 เป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามด้านลบจำนวน 2 ข้อ คือข้อ 4 และ 11 คะแนนรวม 64 คะแนน คะแนนเต็มรวม 5 ด้านสูง หมายถึง มีสมรรถนะสูง โดยมีการแบ่งระดับ 4 ระดับ ด้วยการแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น จัดระดับคะแนนได้ดังนี้ คะแนน 16.00-31.75 มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับต่ำ คะแนน 31.76-47.50 หมายถึง มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับพอใช้ คะแนน 47.51-63.25 หมายถึง มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับปานกลาง และคะแนน 63.26-79 หมายถึง มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับสูง โดยมีการแบ่งระดับคะแนนรายด้าน เป็น 4 ระดับ ด้วยการแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น ดังนี้

**ตารางที่ 1** ระดับคะแนนสมรรถนะทางวัฒนธรรมแยกเป็นรายด้าน 5 ด้าน

| สมรรถนะทางวัฒนธรรม | คะแนนที่เป็นไปได้ | ระดับ | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | ต่ำ | พอใช้ | ปานกลาง | สูง |
| 1. ด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม | 0-15 | 0-3.75 | 3.76-7.50 | 7.51-11.25 | 11.26-15.00 |
| 2. ด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม | 4-16 | 4.00-7.00 | 7.01-10.00 | 10.01-13.00 | 13.01-16.00 |
| 3. ด้านทักษะทางวัฒนธรรม | 6-24 | 6.00-10.5 | 10.51-15.00 | 15.01-19.50 | 19.51-24.00 |
| 4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม | 3-12 | 3.00-5.25 | 5.26-7.50 | 7.51-9.75 | 9.76-12.00 |
| 5. ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม | 3-12 | 3.00-5.25 | 5.26-7.50 | 7.51-9.75 | 9.76-12.00 |

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

**การตรวจสอบความตรง (Validity)** ในการวิจัยในครั้งผู้วิจัยขอใช้เครื่องมือจาก ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ[12] โดยนำแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม และประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องของภาษา ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงของแบบสอบถามเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.82 พิจารณาตัดข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ จึงเหลือข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับสมรรถนะด้านวัฒนธรรม 4 ด้าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.98 หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

**การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)** เมื่อผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

งานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยผ่านการอบรมหลักสูตรจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย วันที่ 28 มิถุนายน 2562 ผู้วิจัยขออนุมัติทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยขออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายใน 1 สัปดาห์ หลังเสร็จสิ้นการฝึกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 (เดือนเมษายน และเดือนมิถุนายน 2564) โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า
2. ผู้วิจัยแนะนำตนเองและชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นเอกสารยินยอมทำการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย
3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามในสถานที่ที่จัดไว้ให้ เป็นห้องเรียนขนาดใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที
4. หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเรียบร้อยของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง หากพบว่าการตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จะให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำแบบสอบถามในข้อที่ไม่สมบูรณ์อีกครั้ง

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน ปี พ.ศ. 2557 จากคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และหลักสูตรหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำหรับนักศึกษา/นักวิจัย ปี พ.ศ. 2562 ซึ่งผู้วิจัยขออนุมัติเก็บข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี เลขที่โครงการวิจัยที่ BNC REC 12/2563 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างเริ่มต้นจากการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ชี้แจงเอกสารที่ใช้ในการวิจัย อธิบาย

ขั้นตอนการทำวิจัย บอกประโยชน์ของการวิจัยในครั้งนี้ การเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกับผลการเรียนและการประเมินผลของรายวิชา การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลของการขอถอนตัวออกจากการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ศาสนา ลักษณะครอบครัว มีประสบการณ์ได้ดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม มีเพื่อนต่างวัฒนธรรม ด้วยความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับสมรรถนะทางวัฒนธรรมด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการวิจัย

**1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง** ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2563 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 จำนวน 154 คน ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 122 คน (ร้อยละ 79.2) และเป็นครอบครัวขยาย จำนวน 32 คน (ร้อยละ 20.8) นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 149 คน (ร้อยละ 96.8)รองลงมาคือศาสนาอิสลาม จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.9) ศาสนาคริสต์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.3) เกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ได้ดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม จำนวน 85 คน (ร้อยละ 55.2) ไม่มีประสบการณ์ได้ดูแลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม จำนวน 69 คน (ร้อยละ 44.8) และส่วนใหญ่มีเพื่อนต่างวัฒนธรรมจำนวน 116 คน (75.3) ไม่มีเพื่อนต่างวัฒนธรรม จำนวน 38 คน (ร้อยละ 24.7)

**2. คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม คะแนนด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม คะแนนด้านทักษะทางวัฒนธรรม คะแนนด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม คะแนนด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม และคะแนนรวมสมรรถนะทางวัฒนธรรม** กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมอยู่ในระดับพอใช้ $\bar{X}$=6.83, SD=1.82 มีคะแนนเฉลี่ยด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$=12.36, SD=1.65 มีคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$=18.00, SD=1.95 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับสูง $\bar{X}$=10.13, SD=1.23 มีคะแนนเฉลี่ยด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับสูง $\bar{X}$=10.42, SD=1.48 และมีคะแนนเฉลี่ยรวม 5 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$=57.75, SD=5.00 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม คะแนนด้านทักษะทางวัฒนธรรม คะแนนด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม คะแนนด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม และคะแนนรวมสมรรถนะทางวัฒนธรรม

| สมรรถนะทางวัฒนธรรม | $\bar{X}$ | SD | ระดับ |
|---|---|---|---|
| 1. ด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม | 6.83 | 1.82 | พอใช้ |
| 2. ด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม | 12.36 | 1.65 | ปานกลาง |
| 3. ด้านทักษะทางวัฒนธรรม | 18.00 | 1.95 | ปานกลาง |
| 4. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม | 10.13 | 1.23 | สูง |
| 5. ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม | 10.42 | 1.48 | สูง |
| **คะแนนรวมสมรรถนะทางวัฒนธรรม** | **57.75** | **5.00** | **ปานกลาง** |

## อภิปรายผลการวิจัย

**ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม** จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านความรู้ทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับพอใช้ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ไม่ครอบคลุมในทุกวัฒนธรรม นับว่าเป็นเรื่องยากที่บุคคลหนึ่งคนจะต้องมีความรู้เกี่ยววัฒนธรรมของทุกเชื้อชาติ ทุกวัฒนธรรม ซึ่งอาจจะต้องอาศัยประสบการณ์ชีวิตเข้ามาช่วย โดยกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีความรู้ลักษณะทางชีวภาพที่เห็นชัดเป็นเอกลักษณ์ของชาวจีน การอยู่ไฟในสตรีหลังคลอดของชนชาติแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ตามวิถีพุทธ อาการผิดกบูน ความหมายของวัฒนธรรม ปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลขาดความสามารถในการดูแลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม และคุณลักษณะเด่นของการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม และกลุ่มตัวอย่างยังขาดความรู้ความแตกต่างทางชาติพันธุ์ เหตุผลที่ทำให้คนเรามีความแตกต่างทางชีวภาพ เหตุผลสำคัญที่ทำให้ชาวมุสลิมไม่ไปคลอดที่โรงพยาบาล วัฒนธรรมของชาวกัมพูชา การพัฒนาตนเองเพื่อให้มีความไวต่อวัฒนธรรมที่แตกต่างเมื่อต้องไปทำงานในสถานที่ใหม่ การมองผู้อื่นแบบเหมารวม การให้บริการตามแผนการรักษาที่ขัดแย้งกับความเชื่อของผู้รับบริการ เหตุผลที่ทำให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวพม่ามารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขน้อย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะด้านความรู้ทางวัฒนธรรมในระดับพอใช้ ซึ่งสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นสมรรถนะที่ต้องอาศัยประสบการณ์ในการหาความรู้ ศึกษาเพิ่ม ต้องได้รับความรู้ ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาและมีความละเอียดอ่อน ลึกซึ้ง กว้างขวางหลากหลายที่ต้องศึกษาให้มีความรู้[13]

**ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม** จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะด้านความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรม อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ หรือความรู้สึกนึกคิดต่อผู้รับบริการที่มารับบริการว่ามีความแตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีความแตกต่างได้ทั้งเชื้อชาติ ภาษาประเพณี และการดำรงชีวิต โดยสามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยพิจารณาจากชาติพันธุ์ภูมิหลัง ความคิด ความเชื่อ ที่แตกต่างกัน ตระหนักรู้ว่าการพัฒนาสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างต่อเนื่องและตลอดไป มีความกล้าที่จะบอกถึงความเชื่อด้านสุขภาพของตนเองที่แตกต่างไป

จากเพื่อนร่วมงานและผู้รับบริการที่ต้องดูแล และไม่มีทัศนคติในการมองผู้อื่นแบบเหมารวม คิดหรือรู้สึกไปเองล่วงหน้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ผุสนีย์ แก้วมณีย์ และคณะ[7] พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรม ความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาของเยาวดี สุวรรณนาคะ และคณะ[13] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งการตระหนักรู้ต้องอาศัยการเรียนรู้ และทำความเข้าใจถึงความเชื่อ ความคิดที่แตกต่างที่มีรายละเอียดมากในแต่ละบุคคล ซึ่งพยาบาลวิชาชีพที่มีความตระหนักรู้ทางวัฒนธรรมดี ย่อมต้องอาศัยประสบการณ์ในการทำงาน จึงจะสามารถทำความเข้าใจและทบทวนตัวเองจนสามารถพัฒนาตนเองให้มีการตระหนักรู้ดีได้[14]

**ทักษะทางวัฒนธรรม** จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะทางวัฒนธรรม อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการคิดหาเหตุผลในการจูงใจให้ผู้รับบริการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลได้ โดยไม่ขัดแย้งกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ โดยเชื่อมโยงข้อมูลของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับภูมิหลังทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการ สอบถามประเมินผู้รับบริการที่มีภูมิหลังชาติพันธุ์ที่หลากหลาย สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภูมิหลัง ความคิด ความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้รับบริการได้ สามารถทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้รับบริการมีพื้นฐานที่แตกต่างไปจากตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการพูดหรือบอกโดยไม่ตีความไปเอง มีการประเมินความคิดของตนเองต่อการให้คุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ ของผู้อื่น และรับฟังผู้อื่นด้วยความตั้งใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวดี สุวรรณนาคะ และคณะ[13] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลมีทักษะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทักษะทางวัฒนธรรมจะเกิดได้ดีต้องอาศัยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้ด้วย การลงมือปฏิบัติทำให้เกิดทักษะเชื่อมโยงการคิดไปถึงข้อมูลทางวัฒนธรรมที่รวบรวมมาได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 เคยฝึกปฏิบัติในวิชาชุมชนมาแล้ว ประสบการณ์ส่วนหนึ่งทำให้สามารถนำมาปรับใช้ในการบริการกับผู้รับบริการต่างวัฒนธรรมได้[14] และอาจเป็นไปได้ว่านักศึกษาพยาบาลอาจยึดติดกับความคิดของตนเอง และยึดมั่นการพยาบาลตามที่เรียนมาอาจทำให้ทักษะทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นไม่สมบูรณ์ตามที่คาดหวัง[5,13]

**การมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม อยู่ในระดับสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการสื่อสาร ทั้งการพูดคุย ท่าทาง สีหน้าต่อผู้รับบริการด้วยความเต็มใจ จริงใจ ไม่มีอคติต่อผู้รับบริการ โดยสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้แม้จะมีความคิด ความเชื่อ ที่แตกต่างไปจากตนเอง สามารถปรับตัวเข้าผู้อื่นที่มีวัฒนธรรมเหมือนหรือแตกต่างจากตนเอง มีความเต็มใจต่อการอาสาดูแลผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ผุสนีย์ แก้วมณีย์ และคณะ[7] ที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา มีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับสูง การที่กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์ดี อาจเนื่องจากการเรียนการสอนที่ตระหนักถึงหัวใจความเป็นมนุษย์และลักษณะของวิชาชีพซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีการกำหนดคุณลักษณะของพยาบาลเอาไว้ ว่าต้องเป็นผู้มีความสามารถในการให้การพยาบาลบนพื้นฐานความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเป็นปัจเจกของบุคคล จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเพื่อนต่างวัฒนธรรม และ

นักศึกษาที่รับเข้าศึกษามาจากหลายจังหวัดรวมกัน ทำให้เกิดการปรับตัวในการใช้ชีวิต เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกปฏิบัติงานจึงมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดี

**ความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม อยู่ในระดับสูง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ของตนเองถึงการพยายามที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้รับบริการ ใฝ่หาหนทางในการเข้าใจวัฒนธรรมที่ต่างไปจากตนเอง โดยมีการรับรู้ว่ามีความเต็มใจอย่างยิ่งที่จะดูแลผู้รับบริการที่มีวัฒนธรรมที่หลากหลาย ให้คำมั่นสัญญากับตนเองว่าจะดูแลผู้รับบริการที่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรมที่หลากหลาย เชื่อว่าคนเรามีความต้องการที่จะพัฒนาตนเองเพื่อให้มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมเพราะเป็นคุณสมบัติที่พึงประสงค์ที่ตนเองต้องมี สอดคล้องกับ ผุสนีย์ แก้วมณีย์ และคณะ[7] ที่พบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา มีความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่านักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้ในวิชาชีพของตนเองว่าเมื่อต้องจบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพ การมีความรู้ ความเข้าใจ สมรรถนะทางวัฒนธรรม ตลอดจนการมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่ดีนั้นเป็นคุณสมบัติที่ดีของพยาบาลข้อหนึ่ง จึงมีความปรารถนาในตนเองที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมที่ดีให้ได้ และนักศึกษาพยาบาลนั้นมีคะแนนความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมดีที่สุด[15]

**สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมอยู่ในระดับพอใช้ มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมด้านความตระหนักรู้ และด้านทักษะทางวัฒนธรรม อยู่ในระดับปานกลาง มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม และความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ดีว่าการจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สมบูรณ์ควรต้องมีความปรารถนาในการพัฒนาตนเองทั้งด้านความรู้ และการใฝ่หาความรู้ ตลอดจนใฝ่หากระบวนการและวิธีการที่เข้าถึงและเข้าใจผู้รับบริการให้ได้อย่างไรก็ตามตามแนวคิดของ เคมพินฮา บาโคท[5] นั้นกล่าวไว้ว่าการตระหนักรู้เป็นการรับรู้และเรียนรู้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลยังต้องอาศัยการเรียนรู้เพิ่มเติม สอดคล้องกับ เยาวดี สุวรรณนาคะ และคณะ[13] ที่พบว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาลทุกด้านอยู่ระดับปานกลาง ซึ่งได้สรุปไว้ว่าสมรรถนะทางวัฒนธรรมเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ การคิดวิเคราะห์ไตร่ตรอง การลดความคิดเห็นของตนเองที่เกิดขึ้น ไม่ด่วนสรุปความคิดเห็นความรู้สึก จากการปฏิบัติงานในแต่ละวันนำมาสู่ตระหนักรู้ และพัฒนาตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา จันทรา และคณะ[14] ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งนักศึกษาพยาบาลได้รับการเรียนที่เป็นแนวทางเดียวกันที่เน้นให้นักศึกษาให้บริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ถึงมิใช่การจัดการเรียนการสอนที่เฉพาะเจาะจง ลงเนื้อหาทางวัฒนธรรมอย่างชัดเจน แต่ก็เป็นส่วนส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดสมรรถนะทางวัฒนธรรมได้ส่วนหนึ่ง และจากการศึกษาของ สกาวเดือน โอดมี และศุภวรรณ ธนุภาพรังสรรค์[16] พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 และ 4 มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเกี่ยวข้องกับการวางแผนให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในหลากหลายโรงพยาบาล/ชุมชน ทำให้ได้รับ

การแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้รับบริการ นอกจากนี้การศึกษาของ ธนิดา คงสมัย[17] พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงาน การพบเจอเหตุการณ์ที่มีความแตกต่างทางความคิด ค่านิยม การเดินทางไปต่างประเทศ การใช้ชีวิตในต่างประเทศ การได้มีโอกาสไปเรียนรู้ที่ต่างประเทศ ทำให้พยาบาลมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมดี จึงสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับปานกลางนั้น เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 การพบเจอเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นช่วงระยะเวลาหนึ่งที่ทำการศึกษา การทำความเข้าใจถึงความเชื่อ ค่านิยม พร้อมกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงอาจจะมีน้อย และด้วยแนวทางการจัดการเรียนการสอนส่งเสริมให้นักศึกษาได้เข้าใจความต่างทางวัฒนธรรม จึงทำให้มีสมรรถนะทางวัฒนธรรมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง

**ข้อเสนอแนะ**

1. **ด้านการจัดการเรียนการสอน** ปลูกฝังให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการตระหนักถึงสมรรถนะทางวัฒนธรรม และผู้สอนให้คำแนะนำนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติงานเพื่อให้นักศึกษาคงการมีสมรรถนะทางวัฒนธรรมในระดับปานกลางขึ้นไป
2. **ด้านการวิจัย** พัฒนาการวิจัยโดยทำการศึกษาในนักศึกษาทั้งหมดของวิทยาลัย เพื่อจะได้ทราบสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาทุกชั้นปี หรือพัฒนาเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ/ทดลอง

## เอกสารอ้างอิง

1. ชลลดา ติยะวิสุทธิ์ศรี, ภาณุวัฒน์ ภักดีวงศ์, ชมนาด วรรณพรศิริ. การพยาบาลพหุวัฒนธรรม: สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลไทยในอนาคต. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559;10(1):8-15.
2. หทัยรัตน์ ชลเจริญ, พวงผกา คงวัฒนานนท์, วนลดา ทองใบ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้รับบริการมุสลิม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;26(1):69-78.
3. นิซรีน เจ๊ะมามะ, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, ศศินาภรณ์ โลหิตไทย. ความคิดเห็นของผู้รับบริการในแหล่งฝึกปฏิบัติต่อการปฏิบัติงาน ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และผดุงครรภ์ 1 ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560;4(2):172-85.
4. ลัดดาวัลย์ พุทธรักษา. บทบาทของอาจารย์พยาบาลต่อการนำแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมสู่การปฏิบัติ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2559;26(2):11-22.
5. Campinha-Bacote J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: a model of care. J Transcult Nurs. 2002 Jul;13(3):181-4; discussion 200-1. doi: 10.1177/10459602013003003.
6. อังคณา จิรโรจน์. การศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของอาจารย์และนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2558;23(6):1006-22.

7. ผุสนีย์ แก้วมณีย์, วานีตา สาเมาะ, เรวัตร คงผาสุก, พัชรินทร์ คมขำ. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(3):26-42.
8. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, ดาริน โต๊ะกานิ, มุสลินท์ โต๊ะกานิ. สมรรถนะทางวัฒนธรรมทางการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2552; 1(1):42-52.
9. กนกอร ชาวเวียง, เยาวดี สุวรรณนาคะ, บุญสืบ โสโสม. เปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะทางวัฒนธรรมระหว่างนักศึกษาพยาบาลของประเทศไทย และประเทศจีน: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชนนี พระพุทธบาท ประเทศไทย และมหาวิทยาลัยทางการแพทย์แห่งชาติ ยูเจียง ประเทศจีน. การประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2558: Diversity in Health and Well-Being: หน้า 521-31.
10. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, ลัดดา เหลืองรัตนมาศ, สราญ นิรันรัตน์, จิราภรณ์ จันทร์อารักษ์, บุญเตือน วัฒนกุล, ทุติยรัตน์ รื่นเริง. ทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558;25(2):178-93.
11. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชะนี ชลบุรี. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง) พ.ศ. 2561. ชลบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชะนี ชลบุรี; 2561.
12. ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ. การพัฒนาหลักสูตรเพื่อสมรรถนะทางวัฒนธรรม ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์. (รายงานการศึกษา) สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2552**.**
13. เยาวดี สุวรรณนาคะ, บุญสืบ โสโสม, กนกอร ชาวเวียง. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558;33(1):186-97.
14. รุ่งนภา จันทรา, สุทธานันท์ กัลกะ, อติญาณ์ ศรเกษตริน, ดาราวรรณ รองเมือง, รัถยานภิศ รัชตะวรรณ. สมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563;30(1):35-46.
15. Riley D. Cultural competence of RN to BSN Students [Thesis in Master of Science in Nursing]. Las Vegas: University of Nevada, Las Vegas; 2010.
16. สกาวเดือน โอดมี, ศุภวรรณ ธนุภาพรังสรรค์. การศึกษาสมรรถนะทางวัฒนธรรมของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเซนต์หลุยส์. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2564;7(1)37-48.
17. ธนิดา คงสมัย, อังศินันท์ อินทรกำแหง, สุดารัตน์ ตันติวิวัทน์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะด้านวัฒนธรรมด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลเชิงวัฒนธรรมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน นานาชาติ. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2563;12(1)1-19.

# ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง

**อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, พย.ม.[*], สุนิสา ค้าขึ้น, พย.ม.[*a], นฤมล เปรมาสวัสดิ์, พย.ม.[*]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 1 โรค ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 70 คน คัดเลือกโดยการสุ่มเข้ากลุ่ม 2 กลุ่ม ๆ ละ 35 คน กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกระตุ้นเตือนปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ดำเนินกิจกรรม 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง การให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเยี่ยมบ้าน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้

**คำสำคัญ**: โปรแกรมเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ; ความเชื่อด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันโรค; โรคหลอดเลือดสมอง

[*] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[a] Corresponding author: สุนิสา ค้าขึ้น E-mail: sunisa@knc.ac.th

***รับบทความ: 25 ม.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 24 ก.พ. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 26 ก.พ. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 1 เม.ย. 68***

# The Effect of a Health Belief Enhancement Program on Stroke Prevention Behaviors in Individuals at Risk of Stroke

**Areerat Pesungnoen, M.N.S.[*], Sunisa Khakhun, M.N.S.[*a], Narumon Premsawas, M.N.S.[*]**

## Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a health belief enhancement program on stroke prevention behavior in individuals at risk of stroke. Samples included 70 individuals diagnosed with at least one of the followings: hypertension, diabetes, or hyperlipidemia and received services at the Krachod subdistrict health promotion hospital, Mueang district, Nakhon Ratchasima province. The samples were randomly assigned into two groups of 35 each: an experimental group, which received the health belief enhancement program, and a control group which received regular care. The health belief program focused on six areas: perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, self-efficacy and cues to action for stroke prevention behaviors. Activities included stroke risk self-assessments, stroke educations, group sharing activities, and home visits conducted over a 10-week period. The data collection instrument was a stroke prevention behavior questionnaire, with a content validity of 1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.86. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, paired t-tests, and independent t-tests.

The results showed that, after the intervention, the experimental group showed significantly higher mean scores for stroke prevention behavior compared to before the experiment ($p<0.001$) and as compared to those from the control group ($p<0.001$). These findings indicate that the health belief enhancement program effectively promotes stroke prevention behavior in individuals at risk of stroke.

**Keywords:** Health belief enhancement program; Health belief; Prevention behavior; Stroke

[*] Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Phraboromarajchanok Institute

[a] Corresponding author: Sunisa Khakhun E-mail: sunisa@knc.ac.th

***Received: Jan. 25, 25; Revised: Feb. 24, 25; Accepted: Feb. 26, 25; Published Online: Apr. 1, 25***

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งของโลกและประเทศไทย จากรายงานขององค์การอัมพาตโลก หรือ World Stroke Organization (WSO) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับ 2 ของโลก ของประชากรที่อายุมากกว่า 60 ปี ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 6.5 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่มากกว่า 13.7 ล้านคน กล่าวคือทุก ๆ 3 วินาที จะพบผู้ป่วยรายใหม่ 1 คน[1] โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร[2] นอกจากนี้ยังคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 7.8 ล้านคน[3] สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยมีอัตราป่วยของประชาชนด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 219.71 ต่อแสนประชากร และมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉลี่ยคือ ในทุก ๆ 1 ชั่วโมง จะมีคนเสียชีวิต ด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 3 คน จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในปี 2566 พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองปีงบประมาณ 2564-2566 ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งมีอัตราป่วยเท่ากับ 691.10, 731.73 และ 775.58 ตามลำดับ[4] และจากข้อมูลจากระบบรายงานฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยสะสม โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 358,062 ราย และเสียชีวิตจำนวน 39,086 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2566 ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 349,122 ราย และเสียชีวิต 36,214 ราย[5] จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรโรคเรื้อรัง

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง ถือเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากทั้งสามโรคนี้ส่งผลกระทบต่อผนังหลอดเลือด ทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดและการสะสมของคราบไขมัน ซึ่งทำให้หลอดเลือดตีบหรือแตก เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น[6] ซึ่งหากไม่ได้ป้องกันก็จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและไตและอาจนำไปสู่ความพิการหรือหากรอดชีวิตก็อาจมีความพิการหลงเหลือ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะยาวอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของครอบครัว รวมทั้งเป็นภาระด้านสุขภาพและกระทบต่อการพัฒนาประเทศอีกด้วย การป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตถือเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทำได้โดยการควบคุมระดับความดันในโลหิต ระดับน้ำตาล และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ งดการใช้สารเสพติดทุกชนิด หลีกเลี่ยงความเครียด พักผ่อนให้เพียงพอ ตรวจสุขภาพเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือควรพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ[7]

จังหวัดนครราชสีมาเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่พบจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมากรองจากกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ HDC กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567[8] พบว่าจังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด

37,085 ราย มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.95 มีอัตราป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 4.24 ซึ่งมากว่าค่าเฉลี่ยของระดับประเทศ โดยอำเภอเมืองนครราชสีมา มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสะสมมากที่สุด 8,170 ราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นอีกหน่วยบริการที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก โดยพบผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 25.47 ต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 1.80 และยังพบผู้ป่วยรายใหม่โรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคเบาหวานสูง โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงถึง 212 ราย ซึ่งถือว่าสูงมากหากเทียบกับหน่วยบริการอื่น ๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เป็นชุมชนชานเมืองขนาดใหญ่ มีจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงการกระจายความเจริญเข้ามาถึงชุมชน ทำให้พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไปและมีข้อจำกัด เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนเพิ่มมากขึ้นและสะดวกยิ่งขึ้นเนื่องจากมีบริการส่งอาหารแบบถึงบ้าน ประชาชนขาดการออกกำลังกายเนื่องจากความเร่งรีบในการทำงาน รวมถึงอาจมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งทั้งหมดดังที่กล่าวมานี้ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งสิ้น

จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังกลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูงซึ่งเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีหลายการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคในบุคคลกลุ่มต่างๆ[9-11] และมีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ไปใช้ในการพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง[12] รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง[13-15]

จะเห็นได้ว่า การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ช่วยสร้างความตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงและประโยชน์ในการป้องกันโรค รวมถึงลดอุปสรรคและเพิ่มความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นแนวทางที่มีศักยภาพในการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

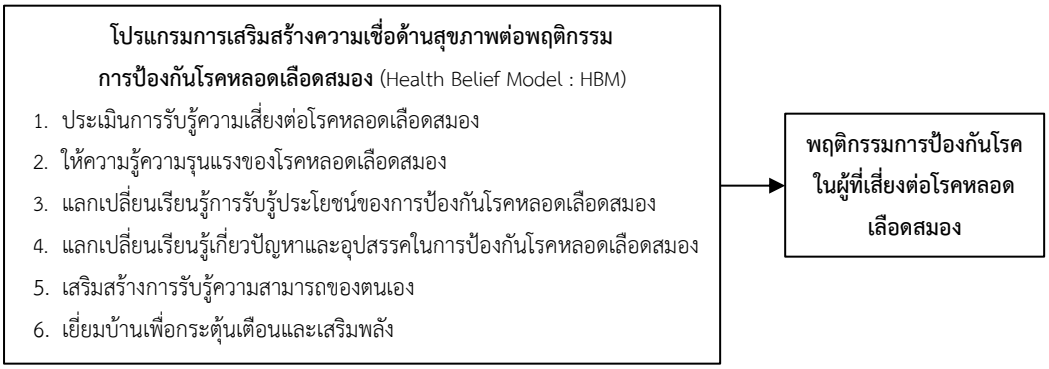
1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

**สมมุติฐานการวิจัย**

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM)[16] มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและสามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค โดยออกแบบกิจกรรมให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้และมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกต้อง เพื่อทำการเปลี่ยนแปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบไปด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและปัจจัยเสี่ยง และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความเสี่ยงของตนเอง 2) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองผ่านการให้ความรู้ผ่านสื่อและชมวีดีทัศน์ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การรับรู้ประโยชน์ (Perceived benefits) ในการป้องกันโรค โดยการทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้เห็นข้อดีและประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคโดยการให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ที่เป็นปัญหาและอุปสรรครวมทั้งร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา 5) การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) เพื่อชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตัวแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 6) การกระตุ้นเตือน (Cues to action) เสริมพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะเป็นตัวเชื่อมโยงทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเกิดเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้ตามองค์ประกอบหลักของทฤษฎี ได้เป็นกรอบแนวคิด ดังนี้




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยมีระยะเวลาดำเนินการวิจัย 10 สัปดาห์ และวัดผลทันทีหลังเสร็จสิ้นการทดลอง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ 2567

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 1 โรค ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลกระฉอด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 763 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 1 โรค ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลกระฉอด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบสมมุติฐานแบบทางเดียว โดยตารางสำเร็จรูปกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen[17] กำหนดอำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant) ที่ระดับ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาที่มีความคล้ายคลึงกัน[15] ได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ 1.98 ผู้วิจัยจึงใช้ขนาดอิทธิพลที่ 0.70 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม (Drop out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลาก และได้กำหนดคุณสมบัติการคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง อย่างน้อย 1 โรค และอยู่ระหว่างการรักษาโรค 2) พักอาศัยอยู่ในชุมชนในพื้นที่ความรับผิดชอบดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลกระฉอด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ไม่มีประวัติเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก คือ 1) นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างดำเนินการวิจัย 2) เสียชีวิต 3) เกิดภาวะแทรกซ้อนจนเป็นอุปสรรคต่อการวิจัย และ 4) ขอถอนตัวออกจากการร่วมวิจัย

**ตัวแปรที่ศึกษา**

ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้กรอบแนวแนวคิด Health Belief Model[16] ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกระตุ้นเตือนเสริมพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง การให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเยี่ยมบ้าน ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบไปด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด การจัดการความเครียด และการติดตามการรักษา ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (ปฏิบัติพฤติกรรมเป็นประจำ=4 ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมเลย=1)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity index for scale: S-CVI) เท่ากับ 1.00 โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน พบว่ามีความเข้าใจเนื้อหาในโปรแกรม ส่วนแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง ได้นำไปทดลองใช้ในผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

**สัปดาห์ที่ 1** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลข้อมูลก่อนการทดลอง และชี้แจงกิจกรรมการทดลองและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำการประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยการประเมินข้อมูลทั่วไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนที่อาจเกิดจากการแพร่กระจายข้อมูลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

**สัปดาห์ที่ 10** ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ทำการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลอง (Post-test) หลังจากให้โปรแกรมครบถ้วน

**การดำเนินการทดลอง**

1. **กลุ่มทดลอง** ดำเนินการทดลองในระยะเวลา 10 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด เพื่อดำเนินการทดลองตามโปรแกรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 2) ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง โดยการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้ แอปพลิเคชั่น Thai CV Risk Score[18] และให้ความรู้เพื่อให้ผู้ที่เสี่ยงได้รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง “มารู้จักโรคหลอดเลือดสมอง ภัยร้ายมหันตภัยเงียบ” โดยการใช้สื่อ Power Point และวีดีทัศน์ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งมอบคู่มือโรคหลอดเลือดสมอง และถามตอบประเด็นข้อสงสัยต่าง ๆ ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 11-12 คน ให้กลุ่มตัวอย่างร่วมอภิปรายและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคหรือประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งให้ร่วมกันหาแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของแต่ละกลุ่มด้วยตนเอง ใช้เวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งหมด 60 นาที

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 5) ทำกลุ่มแลกเปลี่ยนการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม กลุ่มละ 11-12 คน ให้เล่าประสบการณ์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง และในสัปดาห์ที่ 5-7 กลุ่มทดลองปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเองที่บ้าน หากมีข้อสงสัยหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถติดต่อสอบถามทีมผู้วิจัยทางโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8-9) ดำเนินกิจกรรมติดตามเยี่ยมกลุ่มทดลองที่บ้าน เพื่อติดตามประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตัวและกระตุ้นการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมในข้อที่สงสัย และให้กำลังใจ แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวกระตุ้นเตือนให้กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง

**2. กลุ่มควบคุม**

ได้รับการดูแลตามปกติในระยะเวลา 10 สัปดาห์ จากพยาบาล/บุคลากรสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง ในสัปดาห์ที่ 10 เพื่อประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง หลังจากนั้นให้ความรู้ “มารู้จักโรคหลอดเลือดสมอง ภัยร้ายมหันตภัยเงียบ” แจกคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เหมือนกับที่กลุ่มทดลองได้รับการดูแล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ t-test for independent sample

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (รหัส 06/2567) ได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 18 เมษายน พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยจัดทำเอกสารชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ สามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาและจะไม่มีผลใด ๆ ต่อการได้รับบริการจากหน่วยบริการ ข้อมูลที่ได้จะปิดเป็นความลับ หากมีข้อสงสัยสามารถที่จะสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลที่ได้จะถูกทำลายทันทีหลังการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จะนำไปวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาและในทางวิชาการเท่านั้น

## ผลการวิจัย

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.14 ด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 62.86 และร้อยละ 65.71 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.86 และ 71.46 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.43 และ 65.71 ด้านอาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 31.42 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 25.70 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของทั้งสองกลุ่มน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 71.43 และ 51.42 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 65.71 และ 57.14 มากกว่าครึ่งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 71.43 และ 62.86 ตามลำดับ และทั้งสองกลุ่มไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 68.56 ด้านการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 62.86 และ 57.14 โดยส่วนใหญ่ได้รับความรู้จากบุคลากรด้านสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 59.09 และ 65.00 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n=35) | | กลุ่มควบคุม (n=35) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **เพศ** | | | | |
| ชาย | 8 | 22.86 | 8 | 22.86 |
| หญิง | 27 | 77.14 | 27 | 77.14 |
| **อายุ** | | | | |
| กลุ่มอายุ 30-59 ปี | 13 | 37.14 | 12 | 34.29 |
| กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป | 22 | 62.86 | 23 | 65.71 |
| อายุเฉลี่ย ($\bar{x}$) | 61.74 | | 62.31 | |
| ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) | 9.51 | | 9.61 | |
| **สถานภาพสมรส** | | | | |
| โสด | 3 | 8.57 | 2 | 5.72 |
| สมรสคู่ | 22 | 62.86 | 25 | 71.42 |
| หม้าย/แยกกันอยู่ | 10 | 28.57 | 8 | 22.86 |
| **ระดับการศึกษา** | | | | |
| ประถมศึกษา | 18 | 51.43 | 23 | 65.71 |
| มัธยมศึกษา | 17 | 48.57 | 8 | 22.86 |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี | 0 | 0.00 | 4 | 11.43 |
| **อาชีพ** | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 6 | 17.14 | 9 | 25.70 |
| รับจ้างทั่วไป | 6 | 17.14 | 8 | 22.86 |
| ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ | 9 | 25.72 | 7 | 20.00 |
| เกษตรกรรม | 11 | 31.42 | 5 | 14.29 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 3 | 8.58 | 6 | 17.15 |
| **รายได้เฉลี่ยต่อเดือน** | | | | |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท | 25 | 71.43 | 18 | 51.42 |
| มากกว่า 5,001 บาท ขึ้นไป | 10 | 28.57 | 17 | 48.58 |
| **โรคประจำตัว** | | | | |
| มีโรคประจำตัว 1 โรค | 12 | 34.29 | 15 | 42.86 |
| มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค | 23 | 65.71 | 20 | 57.14 |
| **ดัชนีมวลกาย** | | | | |
| ดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ | 1 | 2.86 | 2 | 5.72 |
| ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ | 9 | 25.71 | 11 | 31.42 |
| ดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติ | 25 | 71.43 | 22 | 62.86 |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

| ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n=35) | | กลุ่มควบคุม (n=35) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง** | | | | |
| คนในครอบครัว ญาติพี่น้อง เคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง | 4 | 11.43 | 9 | 25.72 |
| เคยดูแลบุคคลที่ได้รับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง | 3 | 8.57 | 2 | 5.72 |
| ไม่เคยดูแลบุคคลที่ได้รับการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง | 28 | 80.00 | 24 | 68.56 |
| **การได้รับความรู้โรคหลอดเลือดสมอง** | | | | |
| ไม่เคย | 13 | 37.14 | 15 | 42.86 |
| เคย | 22 | 62.86 | 20 | 57.14 |
| - บุคลากรด้านสุขภาพ | 13 | 59.09 | 13 | 65.00 |
| - สื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ | 1 | 4.55 | 1 | 5.00 |
| - บุคคลในครอบครัว/เพื่อน | 0 | 0.00 | 3 | 15.00 |
| - เคยได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพ จากสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ และบุคคลในครอบครัว | 8 | 36.36 | 3 | 15.00 |

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพและผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 81.86 (SD=4.21) และผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างจากก่อนทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยหลังการทดลองเท่ากับ 76.14 (SD=7.32) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในระยะก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ t-test for independent sample

| พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ (n=35) | | กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=35) | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | SD | $\bar{x}$ | SD | | |
| ก่อนการทดลอง | 74.17 | 5.15 | 76.71 | 5.36 | 2.03 | 0.47 |
| หลังการทดลอง | 81.86 | 4.21 | 76.14 | 7.32 | 4.00 | <0.001 |

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพและผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพและผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ ภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

| คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ (n=35) | | กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=35) | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | SD | $\bar{x}$ | SD | | |
| หลังการทดลอง | 81.86 | 4.21 | 76.14 | 7.32 | 6.74 | <0.001 |

**พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง**

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองรายด้าน ในกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทุกด้าน ส่วนกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** คะแนนเฉลี่ยรายด้านของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง

| คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง | กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ (n=35) | | | | กลุ่มผู้ที่ได้รับการดูแลตามปกติ (n=35) | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ก่อนการทดลอง | | หลังการทดลอง | | ก่อนการทดลอง | | หลังการทดลอง | |
| | $\bar{x}$ | SD | $\bar{x}$ | SD | $\bar{x}$ | SD | $\bar{x}$ | SD |
| การรับประทานอาหาร | 21.80 | 2.21 | 23.80 | 2.15 | 22.23 | 2.26 | 22.28 | 3.46 |
| การออกกำลังกาย | 9.63 | 1.93 | 10.26 | 1.50 | 9.46 | 1.79 | 9.49 | 1.79 |
| สารเสพติด | 18.11 | 2.91 | 21.57 | 2.19 | 20.06 | 2.80 | 20.06 | 2.80 |
| การจัดการความเครียด | 9.80 | 1.49 | 10.49 | 1.54 | 9.83 | 1.67 | 9.80 | 1.64 |
| การติดตามการรักษา | 14.83 | 1.56 | 15.74 | 0.61 | 15.14 | 1.29 | 14.54 | 1.62 |

## อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิด Health Belief Model ของเบคเกอร์ และไมแมน[16] ตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์ ที่กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับประกอบด้วย 1) กิจกรรมการรับรู้ความเสี่ยงจากการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการให้ข้อมูลแก่ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองว่ามีความเสี่ยงในระดับใดเพื่อให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรครับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากน้อยเพียงใด 2) กิจกรรมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองผ่านการสอนให้ความรู้รายกลุ่มและคู่มือการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เน้นถึงความรุนแรงและผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมอง และให้ดูวีดีทัศน์ผลที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง 3) กิจกรรมการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การจัดการความเครียดและติดตามการรักษา ผ่านการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น 4) กิจกรรมการรับรู้อุปสรรคของในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งร่วมหาแนวทางการแก้ไขอุปสรรคนั้น ๆ เช่น การรับประทานอาหารลดอาหารหวาน มัน เค็ม การเพิ่มการออกกำลังกาย และการรับประทานยาและติดตามการรักษา

อย่างต่อเนื่อง เป็นต้น 5) กิจกรรมการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านการทำกิจกรรมกลุ่ม เพื่อให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมีความมั่นใจในตนเองเพื่อปฏิบัติพฤติกรรม และ 6) การกระตุ้นเตือน เสริมพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมผ่านการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง และเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ตามที่เบคเกอร์[16] กล่าวว่า การที่ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนั้น ต้องมีความเชื่อทางด้านสุขภาพก่อน คือ เชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ รวมทั้งต้องรับรู้อุปสรรคและความสารถของตนเพื่อให้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้ และอาจต้องมีสิ่งกระตุ้นเตือนหรือแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น[13,20-21] และสอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ จันดาหงส์ และคณะ[15] ที่นำทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติของโรงพยาบาล ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการกระทำที่ลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พันทิพพา บุญเศษ, ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล[20] ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม โดยเน้นการฝึกปฏิบัติ การปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านโดยมีการติดตามเยี่ยมทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคลมีการสนับสนุนทางสังคมของญาติ ผู้ดูแล โดยกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังพบว่าคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั้น กลุ่มเสี่ยงได้มีการนำมาอ่านทบทวนความรู้และแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อ.เมือง จ.พะเยา ที่ใช้ในการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองที่มีต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้โรคหลอดเลือดสมองและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[19]

การศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ภายหลังการทดลอง กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อ

ด้านสุขภาพทำให้กลุ่มผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าร่วมโปรแกรมเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์ รับรู้อุปสรรค และรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการกระตุ้นเตือนเสริมพลังในการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองเกิดการตระหนักรู้ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสม จึงมีค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมามีการทฤษฎีแบบความเชื่อทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเสี่ยง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ [20] และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษติพงษ์ ทิพย์ลุ้ย และปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำในการป้องกันโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกัน โรคหลังดำเนินกิจกรรมมากกว่าก่อนดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)[21]

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 แสดงว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Health Belief Model ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

1) โปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นกิจกรรมเชิงรุกสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคลินิกเฉพาะทางเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทางสุขภาพให้สามารถนำโปรแกรมไปปรับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การให้ความรู้เรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การประเมินความเสี่ยง และการกระตุ้นพฤติกรรม เป็นต้น

2) กิจกรรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และให้ความรู้ของโปรแกรมการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

1) ศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น การติดตามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง

2) ขยายผลการศึกษาไปยังบริบทพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่าง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย หรือกลุ่มที่มีระดับการศึกษาและความเข้าใจด้านสุขภาพต่างกัน เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในบริบทและกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย

3) ศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนและผลประโยชน์ของโปรแกรมเมื่อเทียบกับวิธีการป้องกันโรคแบบปกติ เพื่อสร้างความชัดเจนในการลงทุนเพื่อการป้องกันโรค

4) พัฒนาโปรแกรมร่วมกับการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันติดตามพฤติกรรม หรือระบบแจ้งเตือนผ่านสมาร์ทโฟน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Lindsay MP, Norrving B, Sacco RL, Brainin M, Hacke W, Martins S, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2019 [serial online]. 2020 [cited 2023 Nov 20]; Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_Fact-sheet_15.01.2020.pdf
2. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. รณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2562 [อินเตอร์เน็ต] 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 20]; เข้าถึงได้จาก: https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/133619/
3. World Stroke Organization. WSO applauds new scientific findings in stent thrombectomy for treating acute ischemic stroke with large vessel occlusion [serial online]. 2016 [cite 2023 Nov 29]; Available from: http://www.worldstrokecampaign.org/get-involved/world-stroke-day.-2016/en/
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 3]; เข้าถึงได้จาก: https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download/
5. กองโรคไม่ติดต่อ : สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. กรมควบคุมโรค รณรงค์วันหลอดเลือดสมองโลก 2567 ชวนประชาชนตั้งเป้า ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อ. [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 พฤศจิกายน 1]; เข้าถึงได้จาก:https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=47206&deptcode=brc&news_views=1623
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024 Jan 1;47(Suppl 1):S179-S218. doi: 10.2337/dc24-S010.
7. ศูนย์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. "โรคหลอดเลือดสมองแตก ปี 2567". [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 3]; เข้าถึงได้จาก https://kinrehab.com/news/view/1042
8. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2564-2566. [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มีนาคม 1]; เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/
9. เกษริน อุบลวงศ์, นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ. 2560;33(2):14-24.

10. อณัญญา ลาลุน, ไพฑูรย์ วุฒิโส. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝาย จังหวัดชัยภูมิ. วารสารพยาบาล. 2564;70(2):27-36.
11. กาญจนาพร ยอดภีระ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;1(2):19-27.
12. อรนุช ชูศรี, ปณวัตร สันประโคน, ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2561;34(3):77-88.
13. วรกร วิชัยโย, เพ็ญศิริ จงสมัคร, สิริพร ชัยทอง, ศิริษา โคตรบุดดา. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14(2):25-35.
14. Baktash MQ, Naji AB. Efficacy of Health Belief Model in Enhancing Exercise Behavior to Prevent Stroke among Geriatrics Homes Residents in Baghdad City. Indian J Public Health Res Dev. 2019; 10(2):928-33.
15. จารุวรรณ จันดาหงส์, เดชา ทำดี, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2566; 50(1): 300-13.
16. Maiman LA, Becker MH. The Health Belief Model: Original and correlation in psychological theory. Health Educ Monogr. 1975;2(4):336-53.
17. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
18. คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. Thai CV risk score [อินเตอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2567 สิงหาคม 3]; เข้าถึงได้จาก: https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/
19. กรรณิการ์ เงินดี, สมคิด จูหว้า, อนุกูล มะโนทน, ทวีวรรณ ศรีสุขคำ, เทียนทอง ต๊ะแก้ว. ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสุขศึกษา. 2564;44(2):171-86.
20. พันทิพพา บุญเศษ, ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561;21(2):28-41.
21. กฤษติพงษ์ ทิพย์ลุ้ย, ปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์. ประสิทธิผลของการให้ความรู้โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร. 2562;11(2):19-24.

# ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคอง ของผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ดูแล ต่อความเครียด ความมั่นใจ และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

**วะนัสนัน วันสืบ*[a], ลักษณ์พร เพ็ชรสีเขียว****

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้เป็นแบบหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ดูแล ต่อความเครียด ความมั่นใจ และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2567 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้ดูแลและผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 30 คู่ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้และให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเครียดความมั่นใจและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หาความตรงของเนื้อหาได้ค่า CVI=0.97 และหาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค=0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติทดสอบ Paired t-test และ Wilcoxon signed-rank test ที่ระดับนัยสำคัญ=0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯผู้ดูแลมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=4.80, p=0.001) มีความมั่นใจโดยรวมเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=4.78, p=0.001) และมีค่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=4.70, p=0.001)

**คำสำคัญ:** การให้คำปรึกษา; ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง; ความเครียด; ความมั่นใจ; ผู้ป่วยระยะท้าย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อ.กระนวน จ.ขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระยืน อ.พระยืน จ.ขอนแก่น

[a] Corresponding author: วะนัสนัน วันสืบ Email: vanasanun9216@gmail.com

***รับบทความ: 8 ก.พ. 68; รับบทความแก้ไข: 1 มี.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 2 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 3 เม.ย. 68***

# Effects of a Palliative Care Consulting Program for Caregivers' on Stress, Confidence and Palliative Care Outcomes

**Vanasanun Wansuab[*a], Laksaporn Petseekheaw[**]**

## Abstract

This quasi-experimental research with one-group pre- and post-test design aimed to study effects of a palliative care counseling program on caregivers' stress, confidence and palliative care outcomes. Samples consisted of primary caregivers and palliative care patients admitted to Kranuan Crown Prince Hospital between October-December 2024. The samples were selected using purposive sampling technique and consisted of 30 pairs of caregivers and patients according to the inclusion criteria. Research instruments included an education and counseling program for primary caregivers of palliative care patients, and assessment tools used for data collection including an assessment of stress, confidence, and outcomes of palliative care for palliative care patients. The instrument's content validity using CVI was 0.97 and the instrument's reliability using Cronbach's alpha coefficient was 0.87. The data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Wilcoxon signed-rank test with statistical significance set at p=0.05.

The results showed that, after completing the program, caregivers had a significant decrease in stress (z=4.80, p=0.001), a significant increase in overall confidence (z=4.78, p=.001), and significantly lower palliative care outcome scores (z=4.70, p=0.001) than those before the experiment.

**Keywords:** Counseling; Palliative care outcomes; Stress; Confidence; End-of-life patients

[*] Registered Nurse, Professional Level, Kranuan Crown Prince Hospital, Kranuan District, Khon Kaen Province

[**] Registered Nurse, Professional Level, Phra Yuen Hospital, Phra Yuen District, Khon Kaen Province

[a] Corresponding author: Vanasanun Wansuab Email: vanasanun9216@gmail.com

***Received: Feb. 8, 25; Revised: Mar. 1, 25; Accepted: Mar. 2, 25; Published Online: Apr. 3, 25***

## บทนำ

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย คือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) โดยมีเป้าหมายคือ ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยคุกคามต่อชีวิตและครอบครัว ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรค จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และดูแลครอบครัวเพื่อส่งเสริมการปรับตัวหลังการสูญเสีย[1-3] จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียงร้อยละ 14 ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง และพบว่าผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง เพียง 1 ใน 10 คนทั่วโลกเท่านั้นที่ได้รับการดูแลประเภทนี้ และคาดว่าความต้องการการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตเช่นนี้จะเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าภายในปี 2060 ตามจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นและอายุยืนขึ้น รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นด้วย[2] มีผู้ป่วยระยะท้ายที่ดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 287,228 ราย, 306,949 ราย และ 468,514 ราย ตามลำดับ[4] ส่วนข้อมูลสถิติผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ตั้งอยู่อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 90 เตียง เป็นแม่ข่ายรับผิดชอบพื้นที่การให้บริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จำนวน 12 ตำบลในอำเภอกระนวน และพื้นที่ข้างเคียง เช่น อำเภอห้วยเม็ก หนองกุงศรี และท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถูกส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มานอนพักฟื้นในโรงพยาบาลก่อนส่งกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2567 พบว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 210 ราย, 263 ราย, 271 ราย และ 356 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มที่มีผู้ป่วยสูงขึ้นทุกปีตามลำดับเช่นเดียวกัน[5] ผู้ป่วยระยะท้ายมีความทุกข์ทรมานมากที่สุดคือความปวด มองดูตัวเองไม่เหมือนเดิม นอกจากนี้ผู้ป่วยบางราย รู้สึกกังวลถึงการเป็นภาระของครอบครัว การแยกออกจากสังคม ไร้ค่า และมีความปรารถนาที่จะตายเพื่อจะได้สิ้นสุดความ ทุกข์ทรมาน[1] จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่ มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน จึงต้องการการดูแลที่แตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและจากไปอย่างสงบ ดังนั้นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับความเป็นจริง สามารถเผชิญความตายได้อย่างสงบ

ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ดูแลแบบประคองและครอบครัวโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน พบว่า ผู้ดูแลจะมีความวิตกกังวล กลัวทำผิดพลาด ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพื่อจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ เช่น อาการปวด ไม่กล้าตัดสินใจในการให้ยาแก้ปวดบางชนิด และในขณะที่เกิดความรู้สึกความวิตกกังวล กลัวทำผิดพลาด ขาดความมั่นใจนั้นไม่รู้จะปรึกษาใคร บางครั้งรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลงที่ไม่สามารช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลตามมา และพฤติกรรมนี้ของผู้ดูแลย่อมส่งผลกับอาการของผู้ป่วยในทางลบด้วยเช่นกัน หากมีช่องทางการสื่อสารกับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นอาจส่งผลที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วย

ด้วยเช่นกัน จากการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน พบว่า ปัจจุบันการให้ความรู้ หรือข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก จะเป็นการบรรยายปากเปล่า โดยพยาบาล ใช้สื่อเป็นแผ่นพับของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์[6] ประกอบเป็นส่วนใหญ่ ควบคู่กับการสาธิต และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ หรือบางครั้งขณะพยาบาลสาธิตการดูแล เช่น การให้ยาบรรเทาปวดจาก Syringe driver พยาบาลอนุญาตให้ผู้ดูแลถ่ายวิดีโอผ่านโทรศัพท์มือถือเพื่อนำกลับไปทบทวน ซึ่งจะให้ข้อมูลการดูแลทั้งหมดทำก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การดำเนินโรคของผู้ป่วยแต่ละราย การจัดการอาการรบกวน และการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มาก หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การให้ยา หรือต้องการข้อมูลใด ๆ สามารถโทรศัพท์ถามพยาบาลผู้ดูแล หรือเบอร์โทรศัพท์ของทางศูนย์ที่ให้ไว้เท่านั้น ซึ่งจากการสอบถามข้อมูลผู้ดูแลเพื่อประเมินเกี่ยวกับรูปแบบการให้ความรู้ ในลักษณะนี้ พบว่า ข้อมูลที่พยาบาลให้มีเนื้อหาที่มาก การฟังในครั้งเดียวทำให้ผู้ดูแลรับข้อมูลได้ไม่หมด เมื่อต้องไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านบางครั้งจำไม่ได้หรือไม่มั่นใจ และเมื่อเกิดข้อสงสัยที่จะปรึกษานอกเวลาบางครั้งก็เกรงใจไม่กล้าปรึกษา

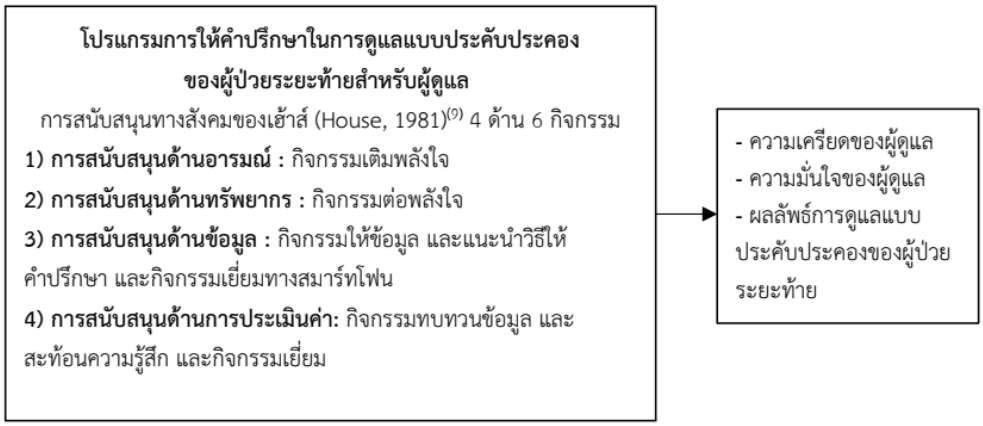
จากสภาพปัญหาดังกล่าวหากมีการให้คำปรึกษากับผู้ดูแลหลักที่เป็นระบบมากขึ้น จะสามารถลดความเครียด วิตกกังวล สร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบหรือช่องทางในการให้ข้อมูล และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่ผ่านมา พบว่า การให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันสามารถลดความเครียดและเพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลได้[7] ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก Application LINE Official Account เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารซึ่งเป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสื่อสารได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับยุคปัจจุบัน นอกจากนั้นยังเป็นแอพพลิเคชันที่ใช้ในการสื่อสารที่เป็นที่นิยมมากที่สุดในประเทศไทย[8] โดยผ่านโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟนซึ่งเป็นอุปกรณ์การสื่อสารที่ทุกคนใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ ลดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน รวมถึงเพิ่มผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง และเป็นการส่งเสริมความเข้มแข็งในบทบาทอิสระของพยาบาลในการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และเป็นแนวทางต่อยอดงานวิจัยในผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลประคับประคองต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ดูแล ต่อความเครียด ความมั่นใจและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง

**กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House[9] โดยมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional support) ด้านทรัพยากร (Instrument support) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) และด้านการประเมินค่า (Appraisal support)




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน ระหว่างเดือนตุลาค-ธันวาคม 2567

**กลุ่มตัวอย่าง** เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power 3.1.9.4 จากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ของการวิจัยที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ของ พุทธชาติ บุญชัย[10] เรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลก่อนได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 36.20 (SD=7.38 ) และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลหลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง 41.50 (SD=0.5) ได้ค่าขนาดอิทธิพล 1.70 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) 0.8 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คู่ (60 ราย: ผู้ดูแล 30 ราย และผู้ป่วย 30 ราย )

**เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)**

1. **ด้านผู้ป่วย** คือ 1) เป็นผู้ป่วยระยะท้ายและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง รายใหม่ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเริ่มอยู่ในระยะท้ายและได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน หรือจากโรงพยาบาลอื่นแล้วส่งตัวกลับมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

ว่าอยู่ในระยะท้าย ที่มีค่าคะแนนตามแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale: PPS) ในช่วงร้อยละ 40-70 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน และ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

**2. ด้านผู้ดูแล** คือ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลัก ที่มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ 3) มีสมาร์ทโฟน 4) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น และ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการให้ความรู้และให้คำปรึกษาสำหรับผู้ดูแลผู้ดูแลหลักผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ที่ผู้วิจัยได้การทบทวนวรรณกรรม จากแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House)[9] ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านทรัพยากร 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านการประเมินค่า โดยจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล รายละเอียดดังนี้ คือ มีการดูแลผู้ป่วย 2 ระยะ 6 กิจกรรม ได้แก่ ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มี 4 กิจกรรม และระยะหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 กิจกรรม โดยแบ่งเป็น 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ มี 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 เติมพลังใจ 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร มี 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 ส่งต่อพลังใจ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 ให้ข้อมูลและแนะนำวิธีการให้คำปรึกษา และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 การทบทวนข้อมูลและสะท้อนความรู้สึก กิจกรรมที่ 5 ส่งต่อความห่วงใยและสะท้อนความรู้สึก และกิจกรรมที่ 6 ตุ้มโฮมฮัก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเครียด ความมั่นใจ และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง แบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล**

1.1) ด้านผู้ดูแล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

1.2) ด้านผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ หัตถการที่ได้รับเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ระยะเวลาที่รักษาแบบประคับประคอง และคะแนน Palliative Performance Scale (PPS)

**ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียด ความมั่นใจของผู้ดูแล และผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วย** ได้แก่

**2.1) แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล** แบบวัดความเครียดฉบับย่อ (ST5) ของกรมสุขภาพจิต[11] เป็นคำถามเพื่อประเมินความเครียดที่เหมาะ สำหรับคัดกรองภาวะเครียดในชุมชนและมีความเที่ยงตรงสูง คำถาม มี 5 ข้อ ที่ประเมินปัญหาการนอน การมีสมาธิน้อยลง หงุดหงิด/กระวนกระวายใจว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ/เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน ลักษณะคำถาม ปลายปิด 5 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ คะแนน 0

หมายถึง แทบไม่มี คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง และ คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ แปลผลโดย คะแนน 0-4 เครียดน้อย คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เครียดมาก และ คะแนน 10-15 เครียด มากที่สุด

**2.2) แบบสอบถามความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง** โดยผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ กิติยาพร สังฆศรี สมบัติ และคณะ[8] มีจำนวน 34 ข้อ เป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ 5 คะแนน ได้แก่ มีความมั่นใจในระดับมากที่สุด (5 คะแนน) มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (1 คะแนน) เรียงตามลำดับ ค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้ใช้เกณฑ์ในการจำแนกเป็นระดับ ดังนี้ 4.50-5.00 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง มีความมั่นใจมาก 2.50-3.49 หมายถึง มีความมั่นใจปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง มีความมั่นใจน้อย และ1.00-1.49 หมายถึง มีความมั่นใจน้อยที่สุด และ

**2.3) แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง** (Palliative Care Outcome Scale: POS) ฉบับใช้ถามผู้ป่วย เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการออกแบบเพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถาม ปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ[12] ดังนี้ 0=ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1=เล็กน้อย/นาน ๆ ครั้ง 2=บางครั้ง 3=รุนแรง/เป็นส่วนใหญ่ และ 4=มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึกดีกับตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถาม ผู้ป่วยเรื่องปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่า ท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อน/ญาติหรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนสองข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมด คือ ผลรวมของคะแนนรายข้อ จากข้อคำถามที่นำมาคิดคะแนนทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งมี คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานหรือ ปัญหารบกวนคุณภาพชีวิตมาก แต่หากคะแนนน้อยหรือลดลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อ ปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้ดีขึ้น

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้นำไปเสนอขอคำปรึกษาและข้อคิดเห็นจากอาจารย์ที่ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1 คน อาจารย์พยาบาล 1 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 1 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสม และนำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วไปหาค่า Content validity index (CVI) ได้เท่ากับ 0.97 จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขจนได้แบบประเมินที่มีความสมบูรณ์ที่สุดและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยแบบสอบถามความมั่นใจของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวนแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอน ดังนี้

1) ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จากนั้นเข้าพบหัวหน้างานที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งทำความเข้าใจพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองถึงขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล

2) เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือจากผู้ป่วยและผู้ดูแลในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

3) ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มเก็บข้อมูล โดยเมื่อพยาบาลที่หอผู้ป่วยหรือตึกผู้ป่วยนอกแจ้งว่ามีผู้ป่วยระยะท้ายที่ดูแลแบบประคับประคอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมฯ ดังนี้

**การเยี่ยมครั้งที่ 1 : กิจกรรมที่ 1 เติมพลังใจ (30 นาที )**

1) แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแล และให้คำมั่นว่าตลอดระยะเวลานี้เป็นต้นไปพยาบาลและทีมสหวิชาชีพของศูนย์พลังใจ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จะเป็นผู้ที่คอยดูแลและช่วยเหลือด้านสุขภาพ ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมแสดงความห่วงใยด้วยคำพูดและน้ำเสียงที่อ่อนโยน มีความเป็นกันเองและแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงความรู้สึกหรือซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล รู้สึกผ่อนคลายจากความกังวล

2) ให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามก่อนทดลอง (Pre-test) ในส่วนของข้อมูลทั่วไป ความมั่นใจและความเครียด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลบางส่วนจากแฟ้มประวัติร่วมกับการสอบถามผู้ป่วยและผู้ดูแล และผู้วิจัยทำแบบประเมินคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

3) แนะนำวิธีการให้ผู้ดูแลเข้าถึง Application LINE Official Account ชื่อ "ศูนย์พลังใจ รพ.กระนวน" ด้วย QR code และอธิบายวิธีใช้งานให้กับผู้ดูแล เพื่อการติดต่อและให้ข้อมูลที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์โอเอ และหากมีข้อสงสัย หรือต้องการคำปรึกษาสามารถติดต่อทางช่องทางนี้ และติดต่อทางโทรศัพท์ที่พยาบาลให้เบอร์โทรศัพท์ไว้

**กิจกรรมที่ 2 ส่งต่อพลังใจ (15 นาที)**

1) แนะนำอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วย รวมถึงแนะนำแหล่งสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การเบิกวัสดุและการยืมอุปกรณ์ต่างๆ เช่น เตียงผู้ป่วย Syringe driver ถังออกซิเจน อุปกรณ์ให้ออกซิเจน อุปกรณ์ทำแผล อุปกรณ์ให้อาหาร หรืออุปกรณ์ล้างไต ผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการประสานงานเรื่องอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลต้องการ

2) แนะนำเครือข่ายเจ้าหน้าที่ สหสาขาวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. อบต. เป็นต้น

**การเยี่ยมครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 3 ให้ข้อมูล และแนะนำวิธีการให้คำปรึกษา (60 นาที)**

1) ให้ความรู้ หรือทบทวนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่มีความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะแต่ละราย ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (Handbook for palliative guidelines)[6] ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การประเมินอาการปวด และการจัดการอาการปวดโดยใช้ยา และไม่ใช้ยา การให้ยาแก้ปวดแบบรับประทาน แบบติดบริเวณผิวหนัง และ แบบฉีดใต้ผิวหนัง การใช้ออกซิเจน และการดูดเสมหะ การทำแผล การดูแลความสะอาดร่างกาย ช่องปาก และการพลิกตัว การดูแลท่อหลอดลมคอ สายยางให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ และ Colostomy การประเมินอาการหอบเหนื่อย และการจัดการอาการหอบเหนื่อย อาการที่ต้องพบเจอเมื่อเข้าสู่ระยะท้าย การประเมินอาการ และการดูแลเมื่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต และการดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยใช้สื่อเป็นภาพพลิกประกอบคำบรรยาย นำสื่อดังกล่าวและวิดีโอการให้ยาบรรเทาอาการปวดเก็บไว้ในแอปพลิเคชันไลน์โอเอ เพื่อให้ผู้ดูแลทบทวนได้ทุกที่หรือทุกเวลาเมื่อต้องการ

2) สาธิตวิธีการดูแลผู้ป่วยตามกิจกรรมข้างต้นที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายให้ผู้ดูแลเรียนรู้เปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัยขณะให้ข้อมูล หรือขณะสาธิต

3) แนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบว่าหากผู้ป่วยต้องการข้อมูลหรือความช่วยเหลือด้านสุขภาพทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล หรือเมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ผู้ดูแลหรือผู้ป่วย สามารถถามผู้วิจัยทางช่องทาง Application LINE Official Account “ศูนย์พลังใจ รพ.กระนวน” ในช่วงเวลาได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งสามารถส่งเป็นคลิปวิดีโอ ภาพถ่าย หรือข้อความได้ ช่วงเวลาที่ตอบข้อสงสัย คือช่วงเวลา 08.00 น. ถึง 20.00 น.หรือหากมีเรื่องด่วนสามารถโทรศัพท์ที่เบอร์ส่วนตัวพยาบาลที่ให้ไว้ หรือเบอร์ฉุกเฉิน 1669

**การเยี่ยมครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 4 การทบทวนข้อมูล และสะท้อนความรู้สึก (45 นาที)**

1) ผู้วิจัยเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน/การเยี่ยมบ้านช่วงเวลา 1-2 วัน หลังแพทย์ให้กลับบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยตัวเอง โดยพยาบาลคอยสังเกตสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ หรือต้องการความช่วยเหลือส่วนใดพยาบาลจะให้คำแนะนำ และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2) เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสะท้อนถึงความรู้ที่ได้จากการให้ความรู้ สาธิต สาธิตย้อนกลับและการปฏิบัติจริงของผู้ดูแล รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่ผู้ดูแลพบ และแนวทางแก้ไข สะท้อนความรู้สึกของผู้ดูแลเมื่อดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยชื่นชมผู้ดูแลในการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแล และให้กำลังใจผู้ดูแล และผู้ป่วย

3) ผู้วิจัยส่งข้อมูลความรู้ เป็นรูปแบบข้อความ แผ่นภาพอินโฟกราฟฟิก หรือวิดีโอ ให้ผู้ดูแลทุกวันผ่านทาง Application LINE Official Account ในช่วงเวลา 09.00-9.30 น. เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนข้อมูลความรู้ และส่งข้อความธรรมะคลายทุกข์ หรือข้อความที่ให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล

4) ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้ป่วย และผู้ดูแลทาง Application LINE Official Account “ศูนย์พลังใจ รพ.กระนวน ”ในช่องทางแชท หรือโทรศัพท์ หลังจากผู้ป่วยกลับบ้านหรือ จากการเยี่ยมครั้งที่ 2 เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคและการดูแลผู้ป่วย และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกายและสภาพจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล หากผู้ป่วย หรือผู้ดูแลมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือการดูแล ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานงานให้ความช่วยเหลือร่วมกับเครือข่าย

**การเยี่ยมครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 5 ส่งต่อความห่วงใย (60 นาที)**

1) ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 1 สัปดาห์ หลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ว่าสามารถดูแลผู้ป่วยในระยะประคับประคองได้เป็นอย่างไร โดยผู้วิจัยจะสังเกตสิ่งที่ผู้ดูแลปฏิบัติว่าสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ หรือต้องการความช่วยเหลือส่วนใดพยาบาลจะให้คำแนะนำ และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

2) เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยเสร็จสิ้นแล้วผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสะท้อนถึงความรู้ที่ได้จากการให้ความรู้ สาธิต สาธิตย้อนกลับและการปฏิบัติจริงของผู้ดูแล รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่ผู้ดูแลพบ และแนวทางแก้ไข สะท้อนความรู้สึกของผู้ดูแลเมื่อดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยชื่นชมผู้ดูแลในการปฏิบัติบทบาทของผู้ดูแล และให้กำลังใจผู้ดูแล และผู้ป่วย

**การเยี่ยมครั้งที่ 5 กิจกรรมที่ 6 ตุ้มโฮมฮัก (60 นาที)**

1) ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 2 สัปดาห์ หลังจากจำหน่ายกลับบ้านเพื่อประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย รวมถึงส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และเติมเต็มในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้สอบถามข้อมูล หรือระบายความรู้สึก และให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแล

2) ให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามหลังทดลอง (post-test) ในส่วนของความมั่นใจ และความเครียด และผู้วิจัยทำแบบประเมินคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย นับว่าสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการศึกษาและกล่าวขอบคุณผู้ป่วยและผู้ดูแล จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวบรวม และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

**การวิเคราะห์ข้อมูล** มีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเครียด ความมั่นใจโดยรวมของผู้ดูแล และผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำแนกเป็นภาพรวม และรายข้อก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากข้อมูลที่มีการกระจายแบบไม่ปกติ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย

ความมั่นใจของผู้ดูแลรายด้านก่อนและหลังการใช้โปรแกรมใช้สถิติ Paired t-test เนื่องจากข้อมูลที่มีการกระจายแบบปกติ

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน เลขที่รับรอง HE 005 รับรองวันที่ 14 สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลและอธิบายรายละเอียด กระบวนการดำเนินการวิจัยแก่อาสาสมัคร และให้อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจยินยอม จึงให้ลงนามในใบยินยอม และสามารถถอนตัวได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียผลประโยชน์ใด ๆ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครจะเก็บเป็นความลับ และจะทำลายการบันทึกข้อมูลแบบสอบถาม ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ภายใน 3 ปี การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และจะไม่มีข้อมูลที่สามารถระบุถึงตัวได้ปรากฏในรายงานการวิจัย

## ผลการวิจัย

**ข้อมูลทั่วไปด้านผู้ดูแล** พบว่า ผู้ดูแลมีอายุ เฉลี่ย 50.43 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 22 คน (ร้อยละ 73.30) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน 22 คน (ร้อยละ 73.30) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษา คือ ระดับประถมศึกษา 14 คน (ร้อยละ 46.67) ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวนมากที่สุด 14 คน (ร้อยละ 46.70) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,500 บาท ต่ำสุด 3,000 บาท สูงสุด 50,000 บาท ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด 23 คน (ร้อยละ 76.70) ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นลูก 18 คน (ร้อยละ 60.00) ข้อมูลทั่วไปด้านผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีอายุ เฉลี่ย 68.36 ปี อายุต่ำสุด 44 ปี และสูงสุด 87 ปี เป็นเพศหญิงและเพศชายเท่ากันคือ 15 คน(ร้อยละ 50.00) อาชีพก่อนการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา 21 คน (ร้อยละ 70.00) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส อยู่ด้วยกัน 20 คน (ร้อยละ 66.70) ส่วนใหญ่ระดับการศึกษา คือ ระดับประถมศึกษา 25 คน (ร้อยละ 83.30) และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,166.67 บาท แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งมากที่สุด 21 คน (ร้อยละ 70.00) ระยะเวลาที่รักษาแบบประคับประคองเฉลี่ย 2 เดือน 1 สัปดาห์ และส่วนใหญ่คะแนน Palliative Performance Scale (PPS) คือ 60 จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 40.00)

**เปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย** พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลมีค่าคะแนนความเครียดลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) z=4.80, p=001( ส่วนความมั่นใจโดยรวมของผู้ดูแล พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลมีค่าคะแนนความมั่นใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) $p<0.05$ (เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความมั่นใจทุกด้านหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนความมั่นใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ) $p<0.05$ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเครียด และความมั่นใจโดยรวมของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank Test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความมั่นใจของผู้ดูแลรายด้านก่อนและหลังการใช้โปรแกรมใช้สถิติ Paired t-test (n=-30)

| ตัวแปร | ก่อนทดลอง (Mean/Median) | หลังทดลอง (Mean/Median) | t/z | p-value |
|---|---|---|---|---|
| **ความเครียดของผู้ดูแล** | 7.00[c] | 1.00[c] | 4.80[a] | 0.001* |
| **ความมั่นใจผู้ดูแล** | | | | |
| 1) ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยรวม | 2.00[c] | 4.00[c] | 4.78[a] | 0.001* |
| 2) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย | 2.76 | 3.83 | 10.34[b] | 0.001* |
| 3) ด้านการประเมินและการจัดการความปวด | 2.59 | 3.88 | 10.06[b] | 0.001* |
| 4) ด้านการดูแลให้ได้รับออกซิเจน และการดูแลทางเดินหายใจ | 1.93 | 3.53 | 10.50[b] | 0.001* |
| 5) ด้านการประเมินและการจัดการอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการ ดูแล | 2.95 | 4.01 | 10.09[b] | 0.001* |
| 6) ด้านการประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้เสียชีวิต | 2.15 | 3.51 | 12.11[b] | 0.001* |
| 7) ด้านการดูแลพื้นฐานด้านจิตใจ | 3.50 | 4.54 | 8.91[b] | 0.001* |

[a] Wilcoxon signed-rank test; [b] paired t-test; [c] Median; * p-value<0.05; ** p-value<0.01

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการใช้โปรแกรม การให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีค่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=4.78, p=.001) โดยก่อนการทดลองมีค่าคะแนนมัธยฐานผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง 16.50 ส่วนหลังได้รับโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนมัธยฐาน 4.00 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมฯ ทุกข้อลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=2.64-4.31, p<.05) ยกเว้นข้อความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (z=2.58, p>.05) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจำแนกเป็นภาพรวมและรายข้อก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ใช้สถิติ Wilcoxon Sign Rank Test (n=-30)

| | ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง | ก่อนทดลอง (Median) | หลังทดลอง (Median) | z | p -value |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | อาการปวด | 1 | 1 | 3.24 | 0.001* |
| 2. | อาการอื่นๆที่มีผลกระทบต่อความรู้สึก | 2 | 1 | 3.42 | 0.001* |
| 3. | ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย | 2 | 0 | 4.31 | 0.001* |
| 4. | ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับความเจ็บป่วย | 2 | 0 | 2.58 | 0.001* |
| 5. | การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา | 1 | 0 | 3.81 | 0.000** |
| 6. | การได้ระบายความรู้สึก | 3 | 0 | 4.18 | 0.000** |
| 7. | ความรู้สึกซึมเศร้า | 2 | 0 | 3.79 | 0.000** |
| 8. | ความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและคุณค่า | 2 | 0 | 3.97 | 0.000** |
| 9. | การเสียเวลาในการได้รับการดูแลรักษา | 0 | 0 | 2.64 | 0.008* |
| 10. | การได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย | 2 | 0 | 3.62 | 0.000** |
| | **คะแนนผลลัพธ์รวม** | **16.50** | **4.00** | **4.70** | **0.001*** |

* p-value<0.05; ** p-value<0.01

## การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ดูแล เป็นโปรแกรมที่มีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นอย่างมากเนื่องจากมีการผสมผสานระหว่างการให้ข้อมูลที่จำเป็นกับผู้ป่วย ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการอยู่เคียงข้างผู้ป่วยและผู้ดูแลเมื่อต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูล หรือด้านสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการแบบองค์รวม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House[9] ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านทรัพยากร 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านการประเมินค่า โดยจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล รายละเอียดดังนี้ คือ มีการดูแลผู้ป่วย 2 ระยะ 6 กิจกรรม ได้แก่ ระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน มี 4 กิจกรรม และระยะหลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 กิจกรรม โดยแบ่งเป็น 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ มี 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 เติมพลังใจ 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร มี 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 2 ส่งต่อพลังใจ 3) การสนับสนุน

ด้านข้อมูล มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 ให้ข้อมูลและแนะนำวิธีการให้คำปรึกษา 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 การทบทวนข้อมูลและสะท้อนความรู้สึก กิจกรรมที่ 5 ส่งต่อความห่วงใยและสะท้อนความรู้สึก และกิจกรรมที่ 6 ตุ้มโฮมฮัก การให้ข้อมูลผู้ดูแลและผู้ป่วยผ่านช่องทาง Application LINE Official Account ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารที่มีความเหมาะสมมากกับโลกยุคดิจิทัล เนื่องจากเป็นการสื่อสารที่ทันสมัยและเป็นที่นิยมมากที่สุดในประเทศไทย[8] เป็นช่องทางที่เหมาะสมในการสื่อสารกับผู้บริการในยุคปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถทบทวนความรู้ซ้ำจากวิดีโอออนไลน์ในแอพฯ ได้ตามต้องการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์แอปพลิเคชัน ที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องของ สุมนกาญจน์ ลาภกิตติเจริญชัย[7] ที่พบว่าโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่าน ไลน์แอปพลิเคชัน สามารถลดความเครียดและเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้ นอกจากนั้นมีการเปิดช่องทางให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง หรือปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งผู้ดูแลสามารถส่งได้ทั้งข้อความ รูปภาพ และคลิปวิดีโอส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีพยาบาลคอยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยตลอดเวลา ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจ ลดความเครียดและส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองด้านต่าง ๆ ดีขึ้นด้วยซึ่งสะท้อนถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างชัดเจน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลมีค่าคะแนนความเครียดลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และกาญจนา วิสัย[12] ที่ศึกษาผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียด และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองในเครือของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลหลักลดลงจาก 4.13 (SD=3.48) เป็น 2.84 (SD=3.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงสุดา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา มั่นคง และนุชนาฏ สุทธิ[13] ที่ศึกษาความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความเครียดรายด้าน พบว่าญาติผู้ดูแลมีความเครียดในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ความเครียดด้านจิตใจของญาติ ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหา อธิบายได้ว่าการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดอย่างปฏิเสธไม่ได้ ทั้งการที่ต้องดูแลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยทั้งที่อยู่บ้าน

และอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งอาการของผู้ป่วยระยะท้ายจะมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ถึงแม้ผู้ดูแลจะคาดคะเนได้ว่าอาการที่จะเกิดกับผู้ป่วยเป็นอย่างไร แต่เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นจริง ผู้ดูแลบางคนก็ไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์นั้นได้จึงเกิดเป็นความเครียดกับการเผชิญปัญหานั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความมั่นใจของผู้ดูแลก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า ความมั่นใจโดยรวมของผู้ดูแล หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแลมีค่าคะแนนความมั่นใจเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งภาพรวมและรายด้าน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับผู้ดูแลที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถเพิ่มความมั่นใจในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแลได้ อธิบายได้ว่าการให้คำแนะนำของพยาบาลทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น นอกจากนั้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไว้วางใจ เป็นหลักการสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการ Palliative care ง่ายและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวจะไว้วางใจพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง[7] ที่พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันฯ สามารถลดความเครียดเพิ่มความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องได้

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้าย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ ผู้ป่วยมีค่าคะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองหลังได้รับโปรแกรมฯ ทุกข้อลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย[14] ที่พบว่าภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองตามการรับรู้ของผู้ป่วยและตามการรับรู้ของญาติผู้ดูแลลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยระยะท้าย ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้ง 5 องค์ประกอบของทฤษฎีระยะท้ายที่สงบของชีวิต ซึ่งมีความสอดคล้อง ตรงตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะทำให้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ปวด เหนื่อยอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและความรู้สึกไม่สบายกายไม่สบายใจ เป็นต้น ได้รับการบรรเทาส่งผลให้คะแนนผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นคะแนนที่บ่งบอกถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยลดลง นั่นหมายความว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีความ สุขสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะได้รับการดูแลในสถานที่ไหน ประเมินในผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลหรือพยาบาล ผลการประเมินก็จะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

**สรุป** โปรแกรมการให้คำปรึกษาการผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแล สามารถลดความเครียด และความมั่นใจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองได้ และส่งผลให้ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองดีขึ้น

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

**ด้านการพยาบาล:**

1) ควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองของผู้ดูแล ไปพัฒนาวิธีให้คำปรึกษากับผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพการให้การบริการการพยาบาลรวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น และส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

2) ควรมีการติดตามผลระยะยาวในการให้คำปรึกษาในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล เช่น ภาวะเศร้าโศกของครอบครัว หรือการปรับตัวของครอบครัว

**ด้านการวิจัย:** ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลของโปรแกรมได้ในมุมอื่น ๆ

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยระยะท้าย และผู้ดูแลที่ให้ความร่วมมือการศึกษาครั้งนี้ และทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ตลอดจนอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ให้ความช่วยเหลือให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้

## เอกสารอ้างอิง

1. กิตติกร นิลมานัต, กัลยา แซ่ชิต. ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;33(3):51-66.
2. World Health Organization. Palliative care [Internet]. 2020 [cited 2024 July 13]. Available: from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลกลาง กรมการแพทย์ [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กรกฎาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/index.php
5. สุณัฏดา คเชนทร์ชัย, มุจจรินทร์ อัศวพัฒน์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยนอก. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564;17(3):27-36.

6. ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. Handbook for Palliative Guidelines. ขอนแก่น: ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
7. สุมนกาญจน์ ลาภกิตติเจริญชัย. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. วารสารกรมการแพทย์. 2563;45(3):42-50.
8. กิติยาพร สังฆศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา, มนัสนันท์ พรมศรี, นิรันดร ผานิจ. การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านแอปพลิเคชัน ไลน์ออฟฟิเชียลแอคเคานท์ สำหรับมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(2):623-41.
9. House JS. Work Stress and Social Support (Addison-Wesley series on occupational stress). Boston: Addison-Wesley Educational Publishers; 1981.
10. พุทธชาติ บุญชัย. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองต่อเนื่องในชุมชน โรงพยาบาลท่าโรงช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กรกฎาคม 13]. เข้าถึงได้จาก: https://srth.moph.go.th/research/file/20240524135839-78_2567%20%E0%B8%9E%E0%B8%B8%E0%B8%97%E0%B8%98%E0%B8%8A%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B4%20%E0%B8%9A%E0%B8%B8%E0%B8%8D%E0%B8%8A%E0%B8%B1%E0%B8%A2.pdf
11. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด กรมสุขภาพจิต (ST-5) [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 กรกฎาคม 13]. เข้าถึงได้จาก: https://env.anamai.moph.go.th/th/cms-of-87/download/?did=191892&id=37464&reload=
12. สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง, กาญจนา วิสัย. ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้าย ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2563;16(2):104-17.
13. ทรงสุดา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา มั่นคง, นุชนาฏ สุทธิ. ความเครียดและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35(2):116-31.
14. พัชรีรัตน์ อันสีแก้ว, เยาวรัตน์ มัชฌิม, หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลระยะท้ายต่อผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองและการรับรู้ระยะท้ายของชีวิตที่สงบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(2):315-23.

*บทความวิชาการ*

# บทบาทของหัวหน้างานในการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย ในโรงงานอุตสาหกรรม

**สิทธิชัย สิงห์สุ, ส.ด.[*], วรรณภา เนาวราช, วท.ม.[*], ชานนท์ สุจิตวนิช, วท.ม.[*], วริยา เคนทวาย, วท.ม.[**], กนกพร สมพร, ส.ด.[***a]**

## บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับบทบาทของหัวหน้างานในการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการ และเพื่อศึกษาแนวทางในการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรม

ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของหัวหน้างานในการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการเป็นหน้าที่ตามกฎหมายกำหนด โดยมีเป้าหมายให้ องค์กรและพนักงานในหน่วยงานตนเองมีสุขภาพที่ดี มีความปลอดภัย ปราศจากอันตราย และอุบัติเหตุจากการทำงานได้ และแนวทางในการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรมที่ดี ซึ่งประกอบด้วย การมีนโยบายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่ชัดเจนจากผู้บริหาร กำหนดหน้าที่รับผิดชอบด้านความปลอดภัยในการทำงาน กำหนดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มีการนำแผนงานไปปฏิบัติ มีการประเมินผล และมีการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาระบบการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้การทำหน้าที่อย่างเคร่งครัดของหัวหน้างานในการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และองค์กรมีการประยุกต์ใช้ แนวทางการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานในสถานประกอบกิจการในโรงงานอุตสาหกรรมที่ดี จะช่วยให้องค์กร ลดปัญหาด้านการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติการณ์ และการเจ็บป่วยจากการทำงานของพนักงานในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** การจัดการความปลอดภัย; อาชีวอนามัย; บทบาทหัวหน้างาน; โรงงานอุตสาหกรรม

---

[*] อาจารย์สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

[**] อาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์และอนามัยสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

[***] อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

[a] Corresponding author: กนกพร สมพร Email: Kanokporn.so@ssru.ac.th

***รับบทความ: 18 ก.พ. 68; รับบทความแก้ไข: 15 มี.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 16 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 31 มี.ค. 68***

*Review Article*

# The Role of Supervisors in Occupational Health and Safety Management in Industrial Plants

**Sitichai Singsu, Dr.P.H.[*], Wannapa Naovarach, M.Sc.[*], Chanon Sujitvanich, M.Sc.[*], Wariya Kentawai, M.Sc.[**], Kanokporn Somporn, Dr.P.H.[***a]**

## Abstract

This article aims to study the role of supervisors in managing occupational health and safety in workplaces and to study the management approach for occupational health and safety in industrial plants.

The results of the study found that the role of supervisors in managing occupational health and safety in workplaces is a duty stipulated by law to ensure that organizations and employees have work well-being and safety without danger and non-occupational accidents. The guidelines for managing occupational health and safety in industrial plants include having a specific policy on occupational health and safety from executives, defining responsibilities for work safety, defining an occupational health and safety plan, implementing the plan, evaluating the results, and continuously improving and developing the occupational health and safety management system.

Additionally, the following performance standard of supervisors in managing occupational health and safety and the organization's application of occupational health and safety management guidelines in industrial plants will help the organization effectively reduce problems with accidents, incidents, and work-related diseases among employees.

**Keywords:** Safety management; Occupational health; Supervisors' roles; Industrial plants

## บทนำ

[*] Lecturer, Occupational Health and Safety Major, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

[**] Lecturer, Department of Environmental Science and Health, Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University

[***] Lecturer, Department of Community Public Health, College of Allied Health Sciences, Suan Sunandha Rajabhat University

[a] Corresponding author: Kanokporn Somporn Email: Kanokporn.so@ssru.ac.th

***Received: Feb. 18, 25; Revised: Mar. 15, 25; Accepted: Mar. 16, 25; Published Online: Mar. 31, 25***

สุขภาพของประชาชนมีอิทธิพลต่ออนาคตของชาติฉันใด สุขภาพของคนในองค์กรก็มีอิทธิพลต่ออนาคตของสถานประกอบการฉันนั้น ยิ่งในการพัฒนาประเทศจะดีหรือขึ้นอยู่กับสุขภาพที่ดีของคนซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ในอดีตที่ผ่านมา ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ต่างให้ความสำคัญเรื่องของสุขภาพของคนทำงานต่อผลผลิต และความก้าวหน้าขององค์กร และสังคมโดยรวม ในส่วนของภาครัฐได้มีการพัฒนาทางด้านกฎหมายและระเบียบปฏิบัติทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของผู้ใช้แรงงาน บังคับใช้สำหรับสถานประกอบการโรงงานอุตสาหกรรม เช่น มีการฝึกอบรมบุคลากรทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยออกมาจำนวนมากในส่วนของภาคเอกชน ทั้งนายจ้างลูกจ้างก็ให้ความสำคัญในจะร่วมมือกันปฏิบัติตามกฎหมายต่าง ๆ เพื่อให้ปราศจากการเกิด บาดเจ็บและเจ็บป่วยจากการทำงาน[1]

จากสถานการณ์อุบัติเหตุอุบัติการณ์จากการทำงานในภาคอุตสาหกรรมของสำนักงานกองทุนทดแทน พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2566 พบว่า ประเทศไทยยังมีอุบัติเหตุ อุบัติการณ์จากการทำงานสูงมาก โดยจังหวัดที่มีจำนวนลูกจ้างประสบอันตรายสูงสุด 3 อันดับแรกคือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่มีจำนวนการประสบอันตรายสูงสุด โดยเฉลี่ย 5 ปี มีลูกจ้างประสบอันตราย จำนวน 107,067 ราย รองลงมาคือจังหวัดสมุทรปราการ มีลูกจ้างประสบอันตรายจำนวน 49,203 ราย และจังหวัดสมุทรสาคร มีลูกจ้างประสบอันตรายจำนวน 30,273 ราย การเกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับพนักงานในระดับปฏิบัติการ เช่น ตำแหน่งอาชีพงานพื้นฐาน ตำแหน่งผู้ปฏิบัติงานในโรงงาน ผู้ควบคุมเครื่องจักร และผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบชิ้นงาน[2] พนักงานในระดับปฏิบัติการถือเป็นกำลังหลักสำคัญในการผลิตสินค้าเพื่อส่งมอบลูกค้าให้ทันตามการสั่งซื้อ หากเกิดอุบัติเหตุขึ้นในระหว่างการผลิตจะทำให้กระบวนการผลิตหยุดชะงักอาจส่งผลกระทบมหาศาลต่อองค์กรในการทำงานของพนักงานในระดับปฏิบัติการ ทุกหน่วยงานจำเป็นต้องมีหัวหน้าทีมหรือหัวหน้างานค่อย ควบคุม กำกับ ดูแล สั่งงาน เพื่อให้พนักงานในระดับปฏิบัติการทำงานได้ตามเป้าหมายขององค์กรที่วางไว้ รวมถึงงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานขององค์กรร่วมด้วย

การจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยในการทำงานเพื่อป้องกันกันอุบัติเหตุในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย การมีนโยบายที่ชัดเจนและมีความมุ่งมั่นขององค์กรและผู้บริหารการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมของทุกคน การอบรมพัฒนาบุคลากรการจัดทำระบบเอกสารเพื่อการสื่อสารที่ชัดเจน สามารถทวนสอบและตรวจสอบนำมาทบทวนได้ กำหนดแผนงานด้านสุขภาพและความปลอดภัย และการนำมาสู่การปฏิบัติตลอดจนการประเมินผล และนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยมีเป้าหมายเพื่อดูแลสุขภาพอนามัย และความปลอดภัย ของคนทำงานให้สามารถประกอบอาชีพได้อย่างปลอดภัย มีความสมบูรณ์ ทั้งกาย และใจสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล[3]

บทความวิชาการนี้ต้องการนำเสนอเรื่องเกี่ยวกับบทบาทของหัวหน้างานกับการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการโรงงานอุตสาหกรรม และเพื่อศึกษาแนวทางในการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรม แนวทางการบริหารจัดการ

ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานที่ดีในสถานประกอบกิจการในโรงงานอุตสาหกรรม จะช่วยให้องค์กร ลดปัญหาด้านการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติการณ์ และอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยจากการทำงานของพนักงานในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

**อาชีวอนามัยและความปลอดภัย (Occupational health and safety)** หมายถึง การกระทำหรือสภาพการทำงาน ซึ่งปลอดจากเหตุอันจะทำให้เกิดการประสบอันตราย ต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ หรือสุขภาพอนามัย อันเนื่องจากการทำงานหรือเกี่ยวกับการทำงาน[4]

**การบริหาร (Administration)** เป็นขบวนการที่เกี่ยวกับ การกำหนดนโยบายและแผนงาน ตลอดจนกำกับดูแลเพื่อให้แน่ใจว่าความสำเร็จที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับนโยบายและแผนที่วางไว้ การบริหารจัดการ จะเน้นและให้ความสำคัญกับผู้บริหารเป็นหลักและเชื่อว่าหลักการบริหารจัดการอันเป็นสากลสามารถทำให้องค์กรประสบความสำเร็จได้[5]

**การจัดการ (Management)** หมายถึง ขบวนการของการนำเอานโยบายและแผนงานไปปฏิบัติให้งานกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วยคนและทรัพยากรขององค์กร ซึ่งการจัดการตามความหมายนี้สามารถนำไปใช้กับการบริหารได้ทุกระดับ[5] การบริหารและการจัดการตามแนวคิดของ ลูเธอร์ กูลิค ศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย และลินดัล เออร์วิกค์ ที่ปรึกษาด้านการจัดการชาวอังกฤษ เสนอแนวคิด POSDCoRB ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดองค์กร (Organizing) การบริหารงานบุคลากร (Staffing) การอำนวยการ (Directing) การประสานงาน (Coordinating) การรายงาน (Reporting) และงบประมาณ(Budgeting)[6] ในปัจจุบันได้นำมาประยุกต์ในงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยร่วมด้วย ดังนั้น ระบบการจัดการอาชีวอนามัย และความปลอดภัยในการทำงานจึง หมายถึง ที่มีใช้ในปัจจุบันนี้ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีหลายระบบ เช่น มาตรฐานระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (BS 8800) มาตรฐานระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยสากล (ISO 45001) มาตรฐานระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (OHS-MS) JISHA Guidelines ระบบการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัย มอก. 18000 เป็นต้น การนำระบบการจัดการ อาชีวอนามัย และความปลอดภัยมาใช้ขึ้นอยู่กับการดำเนินธุรกิจและความพร้อมของแต่ละสถานประกอบกิจการ[7]

กระทรวงแรงงานได้ใช้ระบบการจัดการความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ILO-OSH 2001 เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ยั่งยืน โดยมุ่งหวังให้สถานประกอบกิจการได้นำไปใช้ในองค์กรอันจะช่วยในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยในการทำงาน แก้ไขปัญหาการประสบอันตรายและความสูญเสียและมีระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องโดยมีองค์ประกอบการของดำเนินการประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ[8] ดังแสดงในภาพที่ 1

**ภาพที่ 1** องค์ประกอบหลักของการจัดการความปลอดภัยอาชีวอนามัย ILO 2001[9]

รายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบระบบการจัดการความปลอดภัยและอาชีวอนามัย ILO-OSH 2001 มีดังนี้

1) นโยบายความปลอดภัยและอาชีวอนามัย คือ ต้องกำหนดให้เป็นเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน แสดงถึงความมุ่งมั่นขององค์กรต่องานด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยเป็นความมุ่งมั่นจะดูแลให้กระบวนการผลิตและสภาพแวดล้อมในการทำงานมีความเหมาะสมและปลอดภัย

2) การกำหนดโครงสร้างอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของพนักงานทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการจัดการในด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและจัดหาผู้นำสำหรับการดำเนินกิจกรรมด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในองค์กร

3) การวางแผนการดำเนินงานด้านความปลอดภัย ซึ่งรวมไปถึงการประเมินความเสี่ยง การชี้บ่งอันตรายและความสอดคล้องข้อกำหนดตามกฎหมาย เป็นขั้นการเตรียมการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดเป้าหมาย กำหนดตัวชี้วัดในการปฏิบัติงาน แผนในการควบคุมความเสี่ยง รวมถึงการจัดการ ลำดับความสำคัญของปัจจัยการควบคุมที่จะลดอันตรายด้านความปลอดภัย

4) การประเมินผลการตรวจติดตาม การตรวจสอบการจัดการความปลอดภัยอาชีวอนามัยโดยผู้บริหารระดับสูงต้องทบทวนดำเนินงานของการจัดการอาชีวอนามัยเพื่อประเมินว่าถูกนำมาปฏิบัติและยังคงรักษาไว้

อย่างเหมาะสม เพื่อให้บรรลุนโยบายและวัตถุประสงค์ด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยขององค์กร หากพบปัญหาต้องกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหานั้น ๆ

5) การดำเนินการและปรับปรุงการจัดการด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัย โดยทบทวนการป้องกันและแก้ไขในสิ่งที่พบจากการตรวจติดตามและวัดผลการปฏิบัติงานของการจัดการปลอดภัย และต้องมีการพัฒนาปรับปรุงการจัดการด้านความปลอดภัยและอาชีวอนามัยอย่างต่อเนื่อง[9]

## บทบาทของหัวหน้างานกับการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรม

พระราชบัญญัติ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 ให้ความหมายของ “ลูกจ้างหัวหน้างาน” หมายถึง ลูกจ้างซึ่งทำหน้าที่ควบคุม ดูแล บังคับบัญชาหรือสั่งให้ลูกจ้าง ทำงานตามหน้าที่ของหน่วยงานนั่น ๆ เช่น หัวหน้างานฝ่ายผลิต ฝ่ายบุคคล ฝ่ายบัญชี อื่น ๆ และให้ความหมายของ “เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน” หมายความว่า ลูกจ้างซึ่งนายจ้างแต่งตั้งให้ปฏิบัติหน้าที่ด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน[4]

ตามกฎกระทรวง กฎกระทรวงการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน บุคลากร หน่วยงาน หรือคณะบุคคล เพื่อดำเนินการด้านความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2565 ได้กำหนดให้สถานประกอบกิจการบัญชีที่ 1 และบัญชีที่ 2 ได้แก่ กลุ่มกิจการทำเหมืองแร่ เหมืองหิน กิจการปิโตรเลียมมีพนักงานตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ได้แก่ กิจการกลุ่มโรงงานอุตสาหกรรม ก่อสร้าง ขนส่ง สถานีบริการน้ำมันและก๊าซเชื้อเพลิงและอื่น ๆ ภายใต้บัญชีที่ 3 ที่มีพนักงานตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของหัวหน้างานกับการจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่เรียกว่า “เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับหัวหน้างาน” โดยมีหน้าที่ตามกฎกระทรวงการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน บุคลากร หน่วยงาน หรือคณะบุคคล เพื่อดำเนินการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2565[10] ดังต่อไปนี้

1) กำกับดูแลลูกจ้างในหน่วยงานที่รับผิดชอบให้ปฏิบัติตามคู่มือว่าด้วยความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบกิจการ

2) วิเคราะห์งานในหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อค้นหาความเสี่ยงหรืออันตรายเบื้องต้นจากการทำงาน โดยอาจร่วมดำเนินการกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับเทคนิค ระดับเทคนิค ขั้นสูง หรือระดับวิชาชีพ

3) จัดทำคู่มือว่าด้วยความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยร่วมดำเนินการกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับเทคนิค ระดับ เทคนิคขั้นสูง หรือระดับวิชาชีพ เพื่อเสนอคณะกรรมการความปลอดภัยหรือนายจ้าง แล้วแต่กรณี และทบทวนคู่มือดังกล่าวตามที่นายจ้างกำหนด โดยนายจ้างต้องกำหนดให้มีการทบทวนอย่างน้อยทุกหกเดือน

4) สอนวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้องแก่ลูกจ้างในหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงาน

5) ตรวจสอบสภาพการทำงานของเครื่องจักร เครื่องมือ และอุปกรณ์ให้อยู่ใน สภาพที่ปลอดภัย ก่อนลงมือปฏิบัติงานประจำวัน

6) กำกับดูแลการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของลูกจ้างในหน่วยงาน ที่รับผิดชอบ

7) รายงานการประสบอันตราย การเจ็บป่วย หรือการเกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญอันเนื่องจากการทำงาน ของลูกจ้างต่อนายจ้าง และแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับเทคนิค ระดับเทคนิคขั้นสูง หรือระดับวิชาชีพ สำหรับสถานประกอบกิจการที่มีหน่วยงานความปลอดภัย ให้แจ้ง ต่อหน่วยงาน ความปลอดภัยทันทีที่เกิดเหตุ

8) ตรวจสอบหาสาเหตุการประสบอันตราย การเจ็บป่วย หรือการเกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญ อันเนื่องจากการทำงานของลูกจ้างร่วมกับเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับเทคนิคระดับเทคนิค ขั้นสูงหรือระดับวิชาชีพ และรายงานผลการตรวจสอบ รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาต่อนายจ้าง เพื่อป้องกันการเกิดเหตุโดยไม่ชักช้า

9) ส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

10) ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยในการทำงานอื่นตามที่นายจ้างหรือเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ในการทำงานระดับบริหารมอบหมาย

## สรุป

บทบาทหน้าที่ของหัวหน้างานในจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการ ซึ่งเป็นหน้าที่ตามกฎหมายกำหนด หัวหน้างานทุกคนต้องเป็นเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน ระดับหัวหน้างานต้องช่วยนายจ้างจัดให้มีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน ของพนักงาน ดังนี้ กำกับดูแลลูกจ้างในหน่วยงานที่รับผิดชอบให้ปฏิบัติตามคู่มือว่าด้วยความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบกิจการ วิเคราะห์งานในหน่วยงาน ที่รับผิดชอบเพื่อค้นหาความเสี่ยงหรืออันตรายจากการทำงาน จัดทำคู่มือว่าด้วยความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของหน่วยงานที่รับผิดชอบ สอนวิธีการปฏิบัติงานที่ถูกต้องแก่ลูกจ้าง ในหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ในการทำงาน ตรวจสอบสภาพการทำงานของเครื่องจักร เครื่องมือ และอุปกรณ์ให้อยู่ใน สภาพที่ปลอดภัยก่อนลงมือปฏิบัติงานประจำวัน กำกับดูแลการใช้อุปกรณ์ คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของลูกจ้างในหน่วยงาน ที่รับผิดชอบ รายงานและตรวจสอบหาสาเหตุ การประสบอันตราย การเจ็บป่วย หรือการเกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญอันเนื่องจากการทำงานของลูกจ้าง ต่อนายจ้างและส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

แนวทางในการการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในโรงงานอุตสาหกรรมที่ดี ต้องประกอบด้วย การมีนโยบายด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่ชัดเจน กำหนดหน้าที่รับผิด กำหนดแผนงานด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย การนำแผนงานไปปฏิบัติ การประเมินผล และ การปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้การทำบทบาทหน้าที่ที่ดีอย่างเคร่งครัดของหัวหน้างานในการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการโรงงานอุตสาหกรรม และนายจ้างประยุกต์ใช้ แนวทางการบริหาร

จัดการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานในสถานประกอบกิจการในโรงงานอุตสาหกรรมที่ดีจะช่วยให้องค์กร ลดปัญหาด้านการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติการณ์ และอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยจากการทำงานของพนักงานในองค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์. การสร้างเสริมสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการ [อินเทอร์เน็ต]. 2543. [เข้าถึงเมื่อ 2568 กุมภาพันธ์ 1]. เข้าถึงได้จาก: https://dol.thaihealth.or.th/resourcecenter/sites/default/files/documents/_khnthamngaanainsthaanprakbkaar1.pdf
2. สำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน. สถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2562-2566 [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 15]. เข้าถึงได้จาก: https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/1675d2a95c38687dd649989003beb08a.pdf
3. British Standards Institution. ISO 45001 Guide Book. London: BSI; 2020.
4. พระราชบัญญัติ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 18]. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 128 ตอนที่ 4 ก (ลงวันที่ 17 มกราคม 2554) เข้าถึงได้จาก: https://www.tosh.or.th/images/file/2016/osh-act.b.e.2554.pdf
5. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. คู่มือการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน ระดับเทคนิค. กรุงเทพฯ: กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน; 2567.
6. Gulick L. Notes on the theory of organization. In Shafritz JM, Ott JS, Jang YS, editors. Classics of Organization Theory. 3rd ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 1992.
7. กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน. คู่มือการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน ระดับบริหาร. กรุงเทพฯ: กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน; 2567.
8. Juan S. Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems ILO-OSH 2001. 2nd ed. Geneva: International Labour Office; 2009.
9. องค์การแรงงานระหว่างประเทศ. สหภาพแรงงานไทย การประชุมของการให้สัตยาบันและการปฏิบัติตามอนุสัญญาองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ฉบับที่ 87 และฉบับที่ 98 [อินเทอร์เน็ต]. 2553. [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 19]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ilo.org/asia/events/WCMS_187994/lang--en/index.htm
10. กรมสวัสดิการและคุมครองแรงงาน. กฎกระทรวงการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน บุคลากร หน่วยงาน หรือคณะบุคคล เพื่อดำเนินการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มกราคม 19]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/A/039/T_0009.PDF

# ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง

**สมจิตร หงษ์สัมฤทธิ์[*], กัญจน์อมล ปานแก้ว[**a]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียว วัดผลก่อน-หลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด ต่อความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของผู้ดูแล และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า คัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 30 ราย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด แบบบันทึกการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง แบบทดสอบความรู้ (KR-20=0.81) แบบสอบถามทัศนคติและการปฏิบัติของผู้ดูแลในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียง (Cronbach' alpha coefficient=0.88 และ 0.93 ตามลำดับ)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=22.00, SD=0.00) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=19.47, SD=3.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=4.36) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=39.10, SD=2.56) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=31.30, SD=3.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=9.13) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=66.70, SD=2.39) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=51.53, SD=9.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=8.92) ทัศนคติและการปฏิบัติของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงในระดับปานกลางตามลำดับ (r=-0.586, r=-0.440) ส่วนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง ภายใน 28 วัน เพื่อช่วยลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้

**คำสำคัญ:** ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด; โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด; ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง; ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ; การกลับมารักษาซ้ำ

[*] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพิจิตร

[**] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

[a] Corresponding author: กัญจน์อมล ปานแก้ว Email: kanamon@ckr.ac.th

***รับบทความ: 8 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 16 มี.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 16 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 4 เม.ย. 68***

# Effectiveness of Sepsis Prevention Program on Attitude, Knowledge, and Practice of Caregivers and Readmission of Bedridden Patients

**Somchit Hongsamrit[*], Kanamon Pankaew[**a]**

## Abstract

This quasi-experimental research with a single group pre- and post-test design aimed to study the effectiveness of a sepsis prevention program on knowledge, attitude, and practice among caregivers and the readmission rate of bedridden patients. A total of 30 caregivers were purposively selected using inclusion criteria. Research instruments included the sepsis prevention program, a bedridden patient readmission record form, a knowledge test (KR-20=0.81), and questionnaires on attitude and practice of caregivers in preventing sepsis in bedridden patients (Cronbach's alpha coefficient=0.88 and 0.93, respectively).

Results showed that the average knowledge score after participating in the program ($\bar{X}$=22.00, SD=0.00) was significantly higher than before participating in the program ($\bar{X}$=19.47, SD=3.18) at p=0.05 (t=4.36). The average attitude score after participating in the program ($\bar{X}$=39.10, SD=2.56) was significantly higher than before participating in the program ($\bar{X}$=31.30, SD=3.91) at p=0.05 (t=9.13). The average practice score after participating in the program ($\bar{X}$=66.70, SD=2.39) was significantly higher than before participating in the program ($\bar{X}$=51.53, SD=9.94) at p=0.05 (t=8.92). Attitude and practice of caregivers were negatively related to the readmission of bedridden patients at a moderate level (r=-0.586, r=-0.440). Knowledge of sepsis prevention was not related to the readmission of bedridden patients.

The results can be used to promote the attitude and practice of caregivers to prevent readmission of bedridden patients within 28 days to help reduce the severity and mortality from bloodstream infections.

**Keywords:** Sepsis; Sepsis prevention program; Caregiver of bedridden patient; Knowledge attitude and practices; Readmission

---

[*] Registered Nurse, Professional Level, Pichit Hospital

[**] Nursing Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Chakriraj

[a] Corresponding author: Kanamon Pankaew Email: kanamon@ckr.ac.th

***Received: Mar. 8, 25; Revised: Mar. 16, 25; Accepted: Mar. 16, 25; Published Online: Apr. 4, 25***

## บทนำ

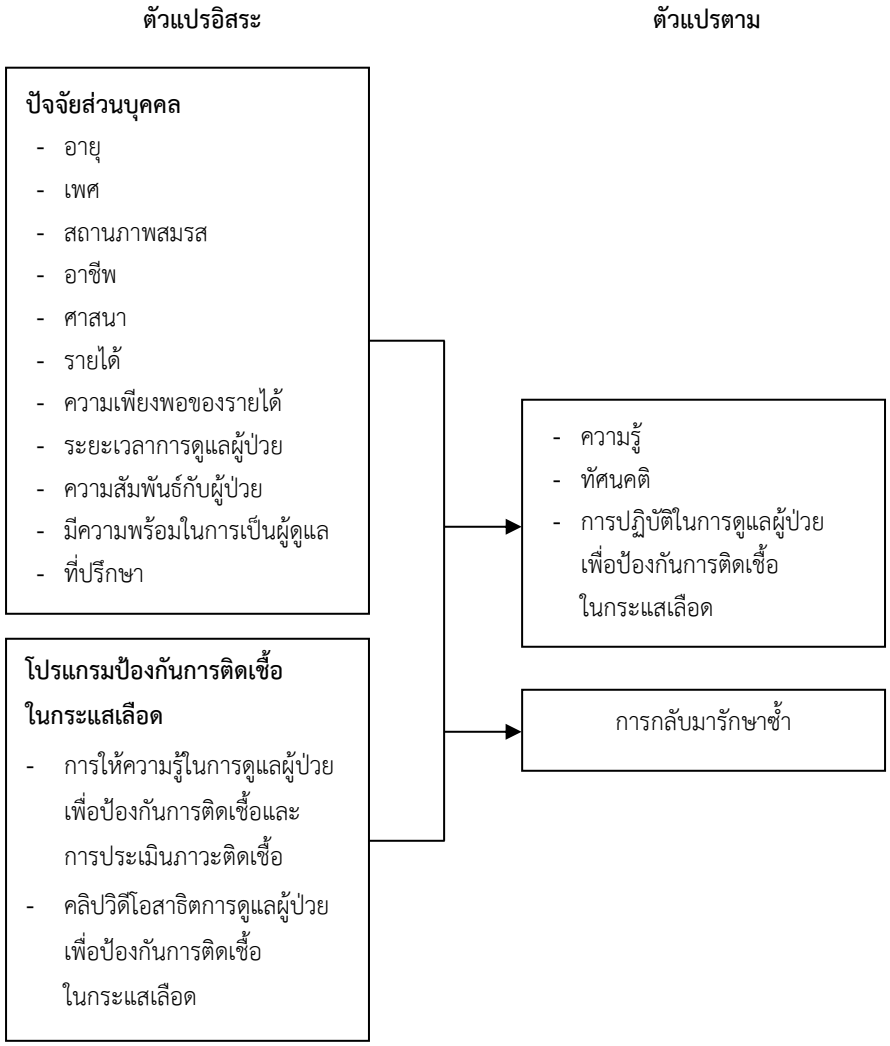
ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) มีผลกระทบทำให้มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น และอวัยวะในร่างกายหลายระบบทำงานล้มเหลว (Multiple organ failure) และเสียชีวิตได้ในที่สุด นับเป็นภัยคุกคามที่พบอัตราการเสียชีวิต ราว 11 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 20 ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก[1] ในประเทศไทยพบอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ในช่วง 3 ปีย้อนหลังตั้งแต่ พ.ศ. 2561-2563 จำนวน ร้อยละ 34.85, 32.92 และ 32.68 ตามลำดับ[2] ในปีงบประมาณ 2565 พบอัตราผู้ป่วยโดยรวมของประเทศ จำนวน 77,936 ราย เสียชีวิต จำนวน 23,044 ราย ในเขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 5,315 ราย และเสียชีวิต 1,900 ราย[3]

ถึงแม้ว่าปัจจุบันโรงพยาบาลพิจิตรนำแนวทางการรักษา (Early Goal-Detected Therapy: EGDT) มาประยุกต์ใช้รักษาผู้ป่วย ตามหลักการ Surviving Severe Sepsis and Septic Shock Campaign 2013 แต่ยังพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากการติดเชื้อมากเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2563-2565 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในปี 2563 จำนวน 429 ราย เสียชีวิต 205 ราย (41.67%) ปี 2564 จำนวน 436 ราย เสียชีวิต 203 ราย (46.56%) และปี 2565 จำนวน 383 ราย เสียชีวิต 187 ราย (47.50 %)[4]

หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลโดยใช้รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแลรักษาผู้ป่วยเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจากกลุ่มตัวอย่างสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 84 คน พบว่าหลังการใช้โปรแกรม สูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตลดลง ร้อยละ 12.37[5] และการศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่าพยาบาลมีสมรรถนะการคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และการประเมินและรายงานแพทย์ทันเวลา ร้อยละ 87.5, ร้อยละ 84.84 และ ร้อยละ 97.5 ตามลำดับ[6] สอดคล้องกับการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในกลุ่มแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด 2 แห่ง คือ ในโรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดน่าน จำนวน 50 คน จัดกลุ่มผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัยพบว่า อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการคัดกรองในระยะเริ่มแรกเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อและอัตราตายของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มลดลง[7] จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีประสิทธิผลในด้านการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลและสหวิชาชีพให้มีความรู้ และทักษะในการประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแล รวมถึงการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยภายในระยะเวลาที่กำหนด อย่างไรก็ตาม พบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำมักป้องกันได้จากการดูแลที่ถูกต้องของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลสำคัญ

ที่มีส่วนช่วยในการป้องกันการติดซ้ำในกระแสเลือด และกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง เมื่อได้รับการจำหน่ายให้กลับไปอยู่ในชุมชน

ผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยใน และเลขา Service plan ทั้งในโรงพยาบาลพิจิตรและระดับจังหวัดพิจิตร เห็นความสำคัญของการป้องกันการกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเตียง




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง

**สมมุติฐานการวิจัย**

1. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงก่อนและหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด แตกต่างกัน
2. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One group pretest-posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการวิจัยนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลพิจิตรระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ 2566-31 มีนาคม 2566 มีการกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 30 ราย โดยประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกัน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์การศึกษาผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) อ่านออกเขียนได้ 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูและผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งญาติตัดสินใจให้การรักษาแบบประคับประคอง และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด และเครื่องมือเก็บรวมข้อมูลวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้รับการตรวจสอบหาดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ (Infection control nurse: ICN) 1 ท่าน ค่าเฉลี่ย CVI เท่ากับ 1.00 นำแบบทดสอบและแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งฉบับ เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ของแบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแล เท่ากับ 0.88 และการปฏิบัติของผู้ดูแล เท่ากับ 0.93

**โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด** ใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ (Knowledge, attitude and practice: KAP) มีรายละเอียด ดังนี้

**ตารางที่ 1** กิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินงานตามโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด

| สัปดาห์ที่ | กิจกรรม |
|---|---|
| 1 | ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ แบบสอบถามทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด ก่อนการได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อ (ระยะเวลา 30 นาที) |
| 1 | การสอนความรู้และทักษะ (ระยะเวลา 60 นาที) ประกอบด้วย<br>1. ผู้วิจัยให้ความรู้ และอธิบายถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ถูกต้องเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีแก่กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด พร้อมกับแจกคู่มือที่มี QR code คลิปวิดีโอการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง ในคู่มือมีคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการแสกน QR code เพื่ออำนวยความสะดวกแก่การเข้าถึงข้อมูล และสามารถกลับมาดูซ้ำได้ตามต้องการ โดยมีหัวข้อดังนี้<br>1) ความสะอาดของสถานที่ดูแลผู้ป่วย<br>2) การดูแลความสะอาดของผิวหนัง<br>3) การดูแลความสะอาดปากและฟัน<br>4) การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ชาย และหญิง<br>5) การดูแลสายสวนปัสสาวะ<br>6) การป้อนอาหารผู้สูงอายุ และผู้ป่วย<br>7) การดูแลสายยางให้อาหาร และการให้อาหารทางสายยาง<br>8) การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ<br>9) การป้องกันแผลกดทับ<br>10) การทำความสะอาดแผล<br>11) ภาวะติดเชื้อ และอาการที่ควรมาพบแพทย์ทันที<br>2. ผู้วิจัยเปิดคลิปวิดีโอสาธิตการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด |
| 2 | ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบ แบบสอบถามทัศนคติ และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด หลังการได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อ ผ่านทาง Google form และการโทรศัพท์สอบถาม (ระยะเวลา 30 นาที) |
| 3 | ผู้วิจัยตอบคำถามที่กลุ่มตัวอย่างสงสัยผ่านแอพพลิเคชั่นไลน์ |
| 4 | ติดตามผลการกลับมาเป็นซ้ำ และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงภายใน 28 วัน จากการโทรศัพท์สอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยตรง และตรวจสอบจากระบบเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาล |

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล** มีรายละเอียด ดังนี้

1. แบบสอบถาม และแบบทดสอบประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล และที่ปรึกษา

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียงของผู้ดูแลหลักที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม[5-7] จำนวน 22 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมและป้องกันอุบัติเหตุ การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร ประเมินทักษะการดูแลเฉพาะด้าน ซึ่งประกอบด้วยการป้อนอาหารและการให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายในผู้ป่วยติดเตียงที่ปัสสาวะได้เองและผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ และการทำความสะอาดแผลกดทับ มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง และการปฏิบัติที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม[5-7] จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามประกอบด้วยทัศนคติเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมและป้องกันอุบัติเหตุ การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร ประเมินทักษะการดูแลเฉพาะด้าน ซึ่งประกอบด้วยการป้อนอาหารและการให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายในผู้ป่วยติดเตียงที่ปัสสาวะได้เองและผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดแผลกดทับ และการขอความช่วยเหลือเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน เป็นคำถามประเมินค่า (Rating scale) แบบ Likert Scale แบ่งเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 23 ข้อ คำถามประกอบด้วยการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมและป้องกันอุบัติเหตุ การทำความสะอาดร่างกาย การพลิกตะแคงตัว การรับประทานอาหาร ทักษะการดูแลเฉพาะด้าน ซึ่งประกอบด้วยการป้อนอาหารและการให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายในผู้ป่วยติดเตียงที่ปัสสาวะได้เองและผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ และการทำความสะอาดแผลกดทับ เป็นคำถามประเมินค่าแบบ Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ

2. แบบบันทึกข้อมูลการกลับมารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

หลังจากได้รับการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลพิจิตร แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1** ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนดำเนินการ โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยใน ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2566 จำนวน 30 ราย

**ระยะที่ 2** ระยะการประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก ดำเนินการโดย

1) ผู้วิจัยแนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย กระบวนการเก็บข้อมูล การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน และเวลาในการเก็บข้อมูล หากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะเข้าร่วม ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะคัดเลือกผู้ป่วยรายใหม่โดยพิจารณาตามเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างที่ตกลงเข้าร่วมในการศึกษานี้จะถูกขอให้ลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมหรือให้ความยินยอมด้วยวาจา

2) ผู้วิจัยแจกแบบทดสอบ และแบบสอบถาม จำนวน 55 ข้อ ให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาในการทำแบบทดสอบและแบบสอบถามทั้งหมด ประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดเมื่อใดก็ได้หากรู้สึกเหนื่อยหรือไม่สุขสบายเมื่อตอบคำถาม

3) หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมดเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

4) ผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดโดยการให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล และให้ดูคลิปวิดีโอสาธิตการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดซึ่งสามารถดูซ้ำได้ตามต้องการ แจกคู่มือการดูแลป้องกันการติดเชื้อให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำกลับไปอ่านทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน รายละเอียดดังตารางที่ 1

5) ประเมินประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับความรู้โดยผ่านทาง Google form และการโทรศัพท์สอบถาม

6) ติดตามการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภายใน 28 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลจากการโทรศัพท์สอบถามกลุ่มตัวอย่างโดยตรง และตรวจสอบจากระบบเวชระเบียนผู้ป่วย

**ระยะที่ 3** ระยะการประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยประเมินผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโดยวัดจากการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล ที่ปรึกษา และการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงด้วยสถิติค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ด้วยสถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติสำเร็จรูป (Paired t-test) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson’s product moment correlation)

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิจิตร เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 0181/2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน

การเก็บรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่าง ประโยชน์ของการวิจัยข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ วิเคราะห์ผลในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการ ดูแลและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันและในอนาคต

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อายุเฉลี่ย 48.60 ปี (SD=14.18) เพศหญิง ร้อยละ 83.30 สถานภาพคู่ ร้อยละ 56.70 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.30 อาชีพค้าขายและไม่ได้ทำงานจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 23.30 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ดูแล 9,603.33 บาท(SD=10,217.45) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 53.30 รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 66.70 ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล 0-1 ปี ร้อยละ 53.30 เป็นญาติของผู้ป่วย ร้อยละ 36.70 มีความพร้อมในการดูแล ร้อยละ 96.70 ส่วนใหญ่มีโรงพยาบาลทั่วไปเป็นที่ปรึกษา ร้อยละ 73.30

ผลการศึกษาคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด หลังการ เข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$=22.00, SD=0.00) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$=39.10, SD=2.56) และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{x}$=66.70, SD=2.39) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

**ตารางที่ 2** คะแนนเฉลี่ยของความรู้ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

| ตัวแปร | ก่อนได้รับโปรแกรม | | หลังได้รับโปรแกรม | |
|---|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$ | SD | $\bar{x}$ | SD |
| 1. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด | 19.47 | 3.18 | 22.00 | 0.00 |
| 2. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด | 31.30 | 3.91 | 39.10 | 2.56 |
| 3. การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด | 51.53 | 9.94 | 66.70 | 2.39 |

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยติดเตียงและการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วม

โปรแกรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=22.00, SD=0.00) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=19.47, SD=3.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=4.36) คะแนนเฉลี่ยทัศนคติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=39.10, SD=2.56) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=31.30, SD=3.91) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=9.13) คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=66.70, SD=2.39) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$=51.53, SD=9.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t=8.92) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียง ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=30)

| ตัวแปร | ก่อนได้รับโปรแกรม | | หลังได้รับโปรแกรม | | Mean | t | df | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | SD | $\bar{X}$ | SD | Diff | | | |
| 1. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด | 19.47 | 3.18 | 22.00 | 0.00 | 2.53 | 4.36 | 29 | <0.05 |
| 2. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด | 31.30 | 3.91 | 39.10 | 2.56 | 4.68 | 9.13 | 29 | <0.05 |
| 3. การปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด | 51.53 | 9.94 | 66.70 | 2.39 | 9.32 | 8.92 | 29 | <0.05 |

ผลการศึกษาการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงในระยะเวลา 28 วันหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยติดเตียงไม่กลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 93.30 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงในระยะเวลา 28 วัน (n=30)

| การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ไม่กลับมารักษาซ้ำ | 28 | 93.30 |
| กลับมารักษาซ้ำ | 2 | 6.70 |

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ ค่า r=0 ไม่มี

ความสัมพันธ์กัน, r<0.40 มีความสัมพันธ์ระดับน้อย, r=0.40-0.60 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง และ r>0.60 มีความสัมพันธ์ระดับมาก[8] พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลาง (r=-0.586) พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงทางลบในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลาง (r=-0.440) ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทัศนคติการดูแลผู้ป่วยติดเตียง และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง (n=30)

| ตัวแปร | การกลับมารักษาซ้ำ | | แปลผล |
|---|---|---|---|
| | r | p-value | |
| 1. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด | 0.00 | >0.05 | ไม่มีความสัมพันธ์กัน |
| 2. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด | -0.586 | <0.05* | มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลาง |
| 3. พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด | -0.440 | <0.05* | มีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลาง |

* p-value<0.05

## การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแลรักษา ผู้ป่วยเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05[5] อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เห็นว่าตนเองมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 96.70) และมีบุคลากรทางสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไปเป็นที่ปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 73.30) ร่วมกับเมื่อได้เข้าร่วมเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือด ที่มีการให้ความรู้ และการส่งเสริมทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดดีขึ้นซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบจำลอง KAP model[9]

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยติดเตียง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง พบว่า ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงมีความสัมพันธ์กันทางลบในระดับปานกลาง (r=-0.586) เช่นเดียวกับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดมีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียงทางลบในระดับปานกลาง (r=-0.440) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย ที่พบว่าพฤติกรรมการเฝ้าระวังคัดกรอง ดูแลรักษา ผู้ป่วยเสี่ยงภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตหลังการทดลอง ส่งผลต่ออัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในหลังการทดลอง ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง ร้อยละ 12.37[1] สอดคล้องกับการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโรงพยาบาลน่าน ผลการวิจัย พบว่าอัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการคัดกรองในระยะเริ่มแรกเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาเพิ่มขึ้น[7] อภิปรายได้ว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงเพื่อป้องการกันติดเชื้อในกระแสเลือดจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย มีการฝึกปฏิบัติทักษะที่ถูกต้องโดยสามารถทบทวนได้จากคู่มือ และคลิปวิดีโอ เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมีทักษะการดูแลและประเมินการติดเชื้อในกระแสเลือดของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจะสามารถคัดกรองและส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการติดเชื้อในกระแสเลือด และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

1. ควรมีการเผยแพร่โปรแกรมป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติของผู้ดูแลและการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ นำไปใช้ในการพัฒนาความรู้ ทัศนคติ และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดสำหรับผู้ป่วยติดเตียง และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการเดิมของผู้ป่วยติดเตียงในระยะเวลา 28 วัน
2. ควรสนับสนุนให้กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงให้ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ โดยใช้สื่อที่สามารถอ่านซ้ำ หรือศึกษาได้ทุกที่ทุกเวลา รวมถึงการมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

1. ควรใช้วิธีการสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) เพื่อให้สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร (Generalization) และศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 2 กลุ่มขึ้นไป
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Patient outcomes) ที่สอดคล้องกับเนื้อหาในโปรแกรมเพิ่มเติม เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ และการสำลักอาหารของผู้ป่วย

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหาร กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพิจิตร และกลุ่มตัวอย่างวิจัย เป็นอย่างสูงสำหรับการสนับสนุนสำคัญที่ให้เกิดผลงานวิจัยนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Sepsis [Internet]. 2024 [Cited 2024 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis
2. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 10]. เข้าถึงได้จาก: https://healthkpi.moph.go.th/kpi2/kpi-list/view/?id=1608
3. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired [อินเตอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 มกราคม 10]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=144fdf97a756b3f82dce197287e06316&id=00366a85bd3c2b6932a228df29137252
4. กลุ่มงานเวชสถิติโรงพยาบาลพิจิตร. ข้อมูลรายงานสรุปสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลพิจิตร. พิจิตร: โรงพยาบาลพิจิตร; 2566.
5. วีรยา ด่านเสนา, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. ประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการความเสี่ยงเชิงรุกเพื่อการเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแก่งคอย. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2564; 5(2);78-100.
6. กรรณิกา อำพนธ์, ชัชญาภา บุญโยประการ, พัชรินทร์ ศิลป์กิจเจริญ. ผลลัพธ์ของการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2560; 34(3):222-36.
7. สมพร รอดจินดา, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, วิมลทิพย์ พวงเข้ม. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2563; 30(1): 212-31.
8. บุญศรี พรหมมาพันธุ์. เทคนิคการแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการใช้สหสัมพันธ์ และการถดถอยในการวิจัย. วารสารศึกษาศาสตร์ มสธ. 2561; 11(1): 32-45.
9. ตวงทิพย์ ลดาวัลย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ปีการศึกษา 2561. แพทยสารทหารอากาศ. 2563; 66(3): 1-11.

# ผลของโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต

**จิตตวดี พรหมโสภา[*], ชรินทร์พร มะชะรา[**a]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลอุดรธานี เลือกแบบเจาะจง จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลด้านมารดาและด้านทารก แบบประเมินพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด พัฒนาตามแนวคิดของเฮ้าส์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired samples t-test และ Independent samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลฯ มารดามีคะแนนพฤติกรรมแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{X}$=43.25, SD=11.72; $\bar{X}$=40.91, SD=3.31 ตามลำดับ) (p<0.05) (t=0.66, p=0.514) ส่วนกลุ่มทดลอง พบว่าหลังทดลองมารดาที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ($\bar{X}$=76.08, SD=6.02; $\bar{X}$=43.25, SD=11.75 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) (t=5.09, p=0.00)

**คำสำคัญ**: โปรแกรมการสนับสนุน; พฤติกรรมการดูแลทารก; มารดา; ทารกแรกเกิดก่อนกำหนด; หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต

[*] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี

[**] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

[a] Corresponding author: ชรินทร์พร มะชะรา Email: sharinporn.ma@udru.ac.th

***รับบทความ: 11 ก.พ. 68; รับบทความแก้ไข: 21 มี.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 21 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 4 เม.ย. 68***

# Effect of Nurses' Support Program on Preterm Infant Caring Behaviors Among Mothers in a Neonatal Semi-Intensive Care Unit

**Jittawadee Promsopa[*], Charinporn Machara[**a]**

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to study effects of nurse support program on preterm infant caring behavior among mothers in a neonatal semi-intensive care unit, Udon Thani Hospital. Purposive sampling was used to recruit 24 mothers of preterm infants and the samples were divided into 2 groups: experimental and control groups with 12 people each. Research instruments included nurses' support program and instrument for data collection which included demographic characteristics, and the preterm infant care behavior questionnaire. Data were analyzed using frequencies, means, standard deviation, paired samples t-tests and independent t-tests.

Results revealed that the mean scores of premature infant care behaviors of the mothers in the control group and the experimental group before receiving the nursing support program, the mothers had different behavior scores ($\bar{x}$=43.25, SD=11.72; $\bar{x}$=40.91, SD=3.31, respectively) with no statistical significance ($p<0.05$) ($t=0.66$, $p=0.514$). As for the experimental group, it was found that after the experiment, the mothers who received the program had higher behavior scores than before receiving the program ($\bar{x}$=76.08, SD=6.02; $\bar{x}$=43.25, SD=11.75, respectively) with statistical significance ($p<0.05$) ($t=5.09$, $p=0.00$).

**Keywords:** Support program; Infant caring behaviors; Mothers; Preterm infants; Neonatal semi-intensive care unit

[*] Registered Nurse, Professional Level, Udonthani Hospital

[**] Pediatric Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University

[a] Corresponding author: Charinporn Machara Email: sharinporn.ma@udru.ac.th

***Received: Feb. 11, 25; Revised: Mar. 21, 25; Accepted: Mar. 21, 25; Published Online: Apr. 4, 25***

## บทนำ

ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต เนื่องจากอวัยวะในร่างกายยังเจริญไม่เต็มที่เกือบทุกระบบ ส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ทำได้ไม่สมบูรณ์ จึงมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก[1] จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีอัตราทารกเกิดก่อนกำหนดทั่วโลกเฉลี่ย ร้อยละ 13.4[2] พบเพียงการรายงานอัตราทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในปี พ.ศ. 2561-2565 พบร้อยละ 6.22, 6.34, 6.63, 6.34 และ 6.46 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น[3] จากสถิติจะเห็นว่า ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งทารกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จึงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตหรือหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต ตั้งแต่แรกทำให้เกิดการแยกจากมารดา สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย รวมถึงเครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดูแลทารกของมารดาส่งผลต่อการคงบทบาทการเป็นมารดา ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลและความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ พนมพร ไชยะอินทร์[4] ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดาเป็นสิ่งที่ทำให้บิดามารดาที่มีบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤตเกิดความเครียดมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในทางลบตามมาด้วย บางครั้งอาจพบพฤติกรรมของมารดาขณะเยี่ยมทารก จะไม่กล้าสัมผัสหรือให้การดูแลทารก เนื่องจากมารดาไม่รู้ว่าจะให้การดูแลทารกอย่างไร ในมารดาบางรายเมื่อเห็นสภาพทารกเกิดก่อนกำหนดที่ตัวเล็ก ผิวบาง ได้รับการรักษา จากอุปกรณ์การแพทย์หลายชนิด ทำให้มารดายืนมองทารกเฉย ๆ และเยี่ยมทารกเพียงระยะเวลาสั้น ๆ[4-5] การที่มารดามีส่วนร่วมในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต ส่งผลดีต่อทั้งตัวทารก มารดาและพยาบาล ประโยชน์ต่อทารก คือ มารดาอยู่กับทารกทำให้สังเกตอาการทารกได้ตลอดเวลา ทารกที่ได้รับการสัมผัสจากมารดาทำให้ทารกได้พัฒนาความไว้วางใจ ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ทำให้น้ำหนักทารกเพิ่มขึ้น ประโยชน์ต่อมารดา คือ ช่วยให้ความวิตกกังวลและความเครียดของมารดาลดลง[6] ช่วยให้สามารถรักษาบทบาทการเป็นมารดาไว้ และส่งผลต่อการกระตุ้นการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด สามารถสังเกตอาการผิดปกติของ ทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ประโยชน์ต่อพยาบาล คือ มารดามีความพึงพอใจต่อการบริการ ประเด็นที่มีความสำคัญต่อการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดา คือ การดูแลทารกในกิจกรรม 2 ด้าน คือ 1) การดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ เช่น การเช็ดตัว การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การทำความสะอาดปาก การจัดท่านอน เมื่อมารดาได้ดูแลทารกในกิจกรรมเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เกิดความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ทำให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากขึ้น และ 2) การดูแลกิจกรรมการพยาบาล เช่น การวัดอุณหภูมิ การประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ สีผิว และการสังเกตค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากเครื่องวัดออกซิเจนในเลือดและชีพจร (Pulse oximeter) ทั้งสองกิจกรรมนี้สามารถลดการกลับมารักษาซ้ำของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[7] ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต พบหลายปัจจัย ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และการขาดความรู้ในการดูแลทารก

ซึ่งหากให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยหนักจะทำให้มารดามีความเครียดลดลง และสามารถดูแลเด็กได้ดีขึ้น[6] จะเห็นได้ว่า พยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนสำคัญนับเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สามารถสนับสนุนให้มารดาได้เกิดพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของทารกโดยตรงสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนของพยาบาลต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่ามารดามีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)[5]

จากการสังเกตการณ์และสัมภาษณ์มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า มารดาที่มาเยี่ยมทารกมีสีหน้าวิตกกังวล และบอกว่าเครียด กลัวบุตรไม่หาย สงสารบุตร ไม่กล้าจับ หรืออุ้มทารกเพราะตัวเล็กมาก กลัวสายต่าง ๆ จะหลุด และกลัวบุตรได้รับความเจ็บปวด ทำอะไรไม่ถูกถึงแม้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำข้างเตียงแล้ว แต่จำไม่ได้ มารดาต้องการทราบเกี่ยวกับโรคและอาการของทารก การรักษา การดูแล และต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมกับบุตรในช่วงแรก ๆ เป็นอย่างมาก จากสภาวการณ์ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่ามารดามีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการของเจ็บป่วยของทารก รวมถึงสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต ซึ่งส่งผลต่อการทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับจากพยาบาล ทำให้ขาดความรู้และส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลทารกได้ไม่ดีพอ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลการสนับสนุนของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โดยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[8] ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินค่า เพื่อให้มารดาสามารถเผชิญความเครียดในภาวะวิกฤต และมีความมั่นใจในการดูแลทารกเพิ่มขึ้น ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาการให้การพยาบาล รวมถึงส่งเสริมให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด และนำไปสู่การปฏิบัติดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดและครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดา หลังทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาล และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดา ก่อนและหลังทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาล

**สมมติฐานการวิจัย**

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดา หลังทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดา หลังทดลองในกลุ่มได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House)[8] เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคลซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี โดยมีกลไกที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคล คือ ผลโดยตรงต่อสุขภาพทำให้มีสุขภาพดีขึ้น มีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional support) ด้านทรัพยากร (Instrument support) การสนับสนุนด้านข้อมูล (Information support) และด้านการประเมินค่า (Appraisal support) สำหรับผู้ให้การสนับสนุนอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับการช่วยเหลือได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนสำคัญนับเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สามารถสนับสนุนให้มารดาได้เกิดพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของทารกโดยตรง โดยการสนับสนุนของพยาบาลถือเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับพยาบาล มารดาจะได้รับการยอมรับ เห็นอกเห็นใจ ยกย่องชมเชย ได้รับข้อมูล และช่วยเหลือในการปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกเพิ่มมากขึ้น ทำให้พฤติกรรมการดูแลทารกดีขึ้นด้วย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research ) แบบสองกลุ่มทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ มารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างเดือนธันวาคม 2566-เดือนพฤษภาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) มารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งมีคุณสมบัติตาม**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)** ดังนี้ 1) เป็นมารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์ตอนคลอดน้อยกว่า 37 สัปดาห์จากการประเมินด้วยวิธีของบัลลาร์ด (Ballard score ) โดยกุมารแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี 2) มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูทารกด้วยตนเอง 3) มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด เช่น ภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด 4) สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 7) ทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์แรกเกิดน้อยกว่า 37 สัปดาห์ จากการประเมินด้วยวิธีของบัลลาร์ด (Ballard score )โดยกุมารแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี และ8) ทารกไม่มีความพิการแต่กำเนิดและ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ ภาวะติดเชื้อรุนแรง ภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงที่ได้ใส่เครื่องช่วยหายใจ **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)** 1) มารดาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ครบทุกครั้งเกณฑ์การยุติการวิจัย 2) ทารกมีอาการวิกฤตต้องย้ายเข้าไปรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก (NICU) หรือย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยอื่นหรือโรงพยาบาลอื่น และ 3) มารดาขอถอนตัวจากการเข้าร่วมโปรแกรม

**การกำหนดขนาดของตัวอย่าง**

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** คำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากการวิจัยที่ใกล้เคียงกับการวิจัยครั้งนี้ของ จิดาภา พิกุลงาม และคณะ[9] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมมารดาต่อพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดากลุ่มทดลอง 131.60 (SD=6.82) และกลุ่มควบคุม 118.67 (SD=8.16) คำนวณตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.4 ได้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) 1.719 และกำหนดระดับนัยสำคัญ ($\alpha$) 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.95 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 12 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วนได้แก่

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์[8] ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านทรัพยากร 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านการประเมินค่า โดยจัดเป็นกิจกรรมรายบุคคลสำหรับมารดา ดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้งๆ ตามช่วงเวลาการเข้าเยี่ยมทารกของมารดา รวม 6 กิจกรรม แต่ละกิจกรรม ใช้เวลา 10-30 นาที รายละเอียดดังนี้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (10 นาที) กิจกรรมที่ 2 สัมผัสแห่งรัก (30 นาที) 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร มี 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ และเอกสารที่จำเป็น แอพพลิเคชันไลน์ (10 นาที) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูล มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 4-5 การให้ความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด; สื่อวิดีทัศน์ คู่มือดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (30 นาที ) และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า มี 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 6 การทบทวนสิ่งที่ได้รับและสะท้อนความรู้สึก (30 นาที)
2. **เครื่องมือที่ใช้ที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล** ได้แก่

**2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลด้านมารดาและด้านทารก** ได้แก่ ข้อมูลปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ด้านมารดา ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัวและประสบการณ์การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ส่วนด้านทารก ประกอบด้วย เพศ อายุ อายุครรภ์แรกเกิด น้ำหนักแรกเกิด และน้ำหนักปัจจุบัน

**2.2 แบบประเมินพฤติกรรมมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด** ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดา ซึ่งผู้วิจัยแบ่งพฤติกรรมการการดูแลแรกทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการดูแลความสะอาดร่างกายทารก จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย การเช็ดตัว การเช็ดตา การเช็ดสะดือ และการทำความสะอาดปาก 2) การดูแลอุณหภูมิกายของทารก จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ป้องกันอุณหภูมิกายเปลี่ยนแปลง 3) การส่งเสริมพัฒนาการและสร้างสายสัมพันธ์มารดาทารก จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย

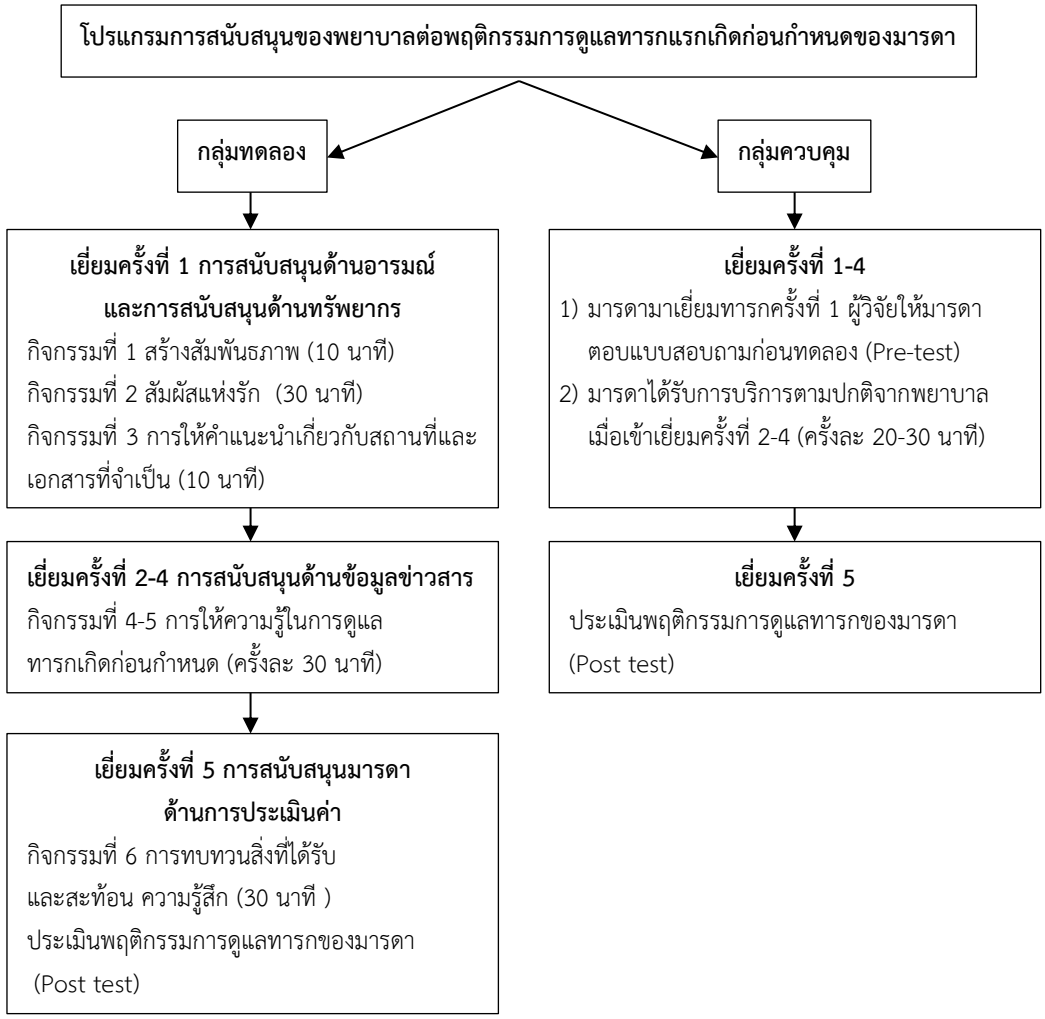
การจัดท่านอน การสัมผัสพูดคุย การอุ้มแบบแกงการู และ 4) การบีบเก็บน้ำนมมารดา จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย การบีบเก็บน้ำนม การทำความสะอาดอุปกรณ์ รวมทั้งหมด จำนวน 23 ข้อ คะแนนพฤติกรรมรวม 92 คะแนน แบ่งเกณฑ์การประเมินระดับความสามารถแต่ละพฤติกรรมจะมีค่าคะแนนมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 4 คะแนน=มีพฤติกรรมในระดับดีที่สุด 3 คะแนน=มีพฤติกรรมในระดับดี 2 คะแนน=มีพฤติกรรมในระดับพอใช้ 1 คะแนน=มีพฤติกรรมในระดับต้องปรับปรุง 0 คะแนน=ไม่มีพฤติกรรม เกณฑ์ระดับคะแนน แปลผลคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ ดังนี้ พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 (74 คะแนนขึ้นไป) พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 (55-73 คะแนน) และพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 54 คะแนน )

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

นำโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของเฮาส์[8] และแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดา ทำการการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI ) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านทารกแรกเกิด 1 คน อาจารย์พยาบาลเด็ก จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการพยาบาลบาลทารกแรกเกิด 1 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมถูกต้อง ภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของกิจกรรม และเวลาในแต่ละกิจกรรม นำมาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 จากนั้นนำโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลฯ และแบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาไปทดลองใช้ (Try-out) กับมารดาที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน โดยแบบประเมินพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด นำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี จากนั้นเข้าพบพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งทำความเข้าใจถึงขั้นตอนวิธีการเก็บข้อมูล
2. เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ แนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือจากมารดาในการยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน โดยมีวิธีการดังนี้




**ภาพที่ 1** แผนการดำเนินงานการเก็บรวบรวมข้อมูลโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดา

**กลุ่มควบคุม :** 1) เมื่อมารดามาเยี่ยมทารกครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามก่อนทดลอง (Pre-test) 2) มารดาได้รับการบริการตามปกติจากพยาบาล โดยเมื่อมารดาพร้อมเข้าเยี่ยมทารกครั้งที่ 1 พยาบาลแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับมารดา ให้ข้อมูลสุขภาพของทารกแก่มารดา ด้วยปากเปล่า เปิดโอกาสให้มารดาซักถาม แนะนำสถานที่และระเบียบปฏิบัติของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกับมารดาฯ พยาบาลให้ความรู้มารดาในการดูแลทารก เกี่ยวกับการเช็ดตัว เช็ดตา เช็ดสะดือ การทำแกงการู การดูแลอุณหภูมิกาย การบีบเก็บน้ำนมมารดา และการเตรียมเอกสารต่าง ๆ เช่น การแจ้งเกิด การตรวจสอบสิทธิ์การรักษา ให้ข้อมูลมารดาเป็นรายบุคคล หน้าเตียงทารกหรือเคาน์เตอร์พยาบาล ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และมอบแผ่นพับแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบการเยี่ยม และการเตรียมเอกสาร และ

เอกสารการบีบเก็บน้ำนมมารดา ในการเข้าเยี่ยมของมารดาครั้งที่ 2 ให้มารดาได้สังเกตการดูแลบุตรของตนอย่างใกล้ชิดและปฏิบัติการดูแลทารกโดยมีพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจมารดา การเข้าเยี่ยมของมารดาครั้งที่ 3-4 ให้มารดาได้ดูแลทารกโดยมีพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลืออยู่ห่าง ๆ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา และชมเชย ให้กำลังใจมารดา ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาฯ โดยให้มารดาทำแบบวัดความรู้ การเข้าเยี่ยมของมารดาครั้งที่ 5 ให้มารดาดูแลทารกโดยมีพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลืออยู่ห่าง ๆ และประเมินพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดา (Post-test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมของมารดาจนครบทุกกิจกรรม หากมีพฤติกรรมที่มารดายังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่มั่นใจผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ และให้มารดาสาธิตย้อนกลับ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นับว่าสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการศึกษาและกล่าวขอบคุณมารดา ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อน จึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เมื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 12 ราย หลังจากทารกในกลุ่มควบคุมคนสุดท้ายจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองโดยจับคู่ (Match pair) กับกลุ่มควบคุมให้มีความคล้ายคลึงกันด้านมารดาและทารกแรกเกิดก่อนกำหนด แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มกลุ่มทดลอง ดังนี้

**กลุ่มทดลอง : มารดาเข้าเยี่ยมครั้งที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร**

**กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (10 นาที):** 1) แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ หรือแสดงความห่วงใยด้วยคำพูดและน้ำเสียงที่อ่อนโยน ความเป็นกันเองและแสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจเมื่อมารดาแสดงอาการเสียใจหรือกังวล ปลอบโดยการสัมผัสตามความเหมาะสม 2) ให้ข้อมูลสุขภาพของทารกแก่มารดา เปิดโอกาสให้มารดาแสดงความรู้สึก หรือซักถามข้อเพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลายจากความกังวล

**กิจกรรมที่ 2 สัมผัสแห่งรัก (30 นาที) :** ส่งเสริมให้มารดาได้สัมผัสทารกในตู้อบ หรือในกระบะนอน (Crib) อุ้ม โอบกอดทารกแบบแกงการู โดยให้ทารกใส่เพียงผ้าอ้อม แล้วให้มารดาทำการอุ้มทารกไว้แนบชิดอกของมารดา ให้ผิวหนังทารกสัมผัสกับ ผิวหนังมารดาและจัดศีรษะของทารกเอียงให้หูแนบกับผนังหน้าอกซ้ายของมารดาที่บริเวณหัวใจโดยพยาบาลเป็นผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

**กิจกรรมที่ 3 การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ และเอกสารที่จำเป็น (10 นาที)**

1) พยาบาลแนะนำสถานที่ อุปกรณ์ที่มารดาจำเป็นต้องใช้ และระเบียบการเข้าเยี่ยมของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต ให้มารดาเข้าถึงแอพลิเคชันไลน์ของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต ด้วย QR code และอธิบายวิธีใช้งานให้กับมารดาและแนะนำช่องทางติดต่อสอบถามอาการของทารก

2) ส่งวิดทัศน์แนะนำสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤตเพื่อให้ทบทวนเวลาต้องการในแอพลิเคชันไลน์ของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต

3) แนะนำการแจ้งเกิด และการตรวจสอบสิทธิการรักษาของทารก เอกสารที่ควรเตรียมเมื่อจำหน่าย

**มารดาเข้าเยี่ยมครั้งที่ 2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร**
**กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (30 นาที)**

1) ให้ความรู้เรื่องทารกเกิดก่อนกำหนดแก่มารดาเป็น รายบุคคล ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดา ประกอบด้วย การเช็ดตัว การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การทำความสะอาดปาก การจัดท่านอน การอุ้มแบบแกงการู และการบีบเก็บน้ำนม โดยใช้สื่อเป็นภาพประกอบคำบรรยาย และมอบคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดแบบอิเล็กโทรนิกส์ผ่านช่องทางแอพพลิเคชันไลน์ให้มารดาทบทวนเมื่อต้องการ

2) สาธิตวิธีการดูแลทารกตามกิจกรรมข้างต้นทั้งหมด ให้มารดาได้สังเกตการณ์ และช่วยกิจกรรมเล็กน้อยตามความต้องการของมารดา

3) เปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัยขณะให้ข้อมูล หรือขณะสาธิต และเปิดโอกาสให้ถามข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรือการรักษาทารกได้ตามเบอร์โทรศัพท์ของหอผู้ป่วย ส่วนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลสามารถถามพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมงทางช่องทางแอพพลิเคชันไลน์ของหอผู้ป่วย พยาบาลเวรเช้าตอบข้อสงสัย ช่วงเวลา 11.00 น. และ 15.00 น. พยาบาลเวรบ่าย ช่วงเวลา 19.00 น. และ 23.00 น. และพยาบาลเวรดึก ช่วงเวลา 03.00 น. และ 07.00 น. หากช่วงเวลาที่พยาบาลไม่มีกิจกรรมการพยาบาลอื่นอาจจะมีการตอบกลับที่เร็วกว่ากำหนด

**มารดาเข้าเยี่ยมครั้งที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร**
**กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (30 นาที )**

1) เปิดโอกาสให้มารดาได้ให้การดูแลทารกเป็นส่วนใหญ่ โดยพยาบาลเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย

2) ชื่นชม ให้กำลังใจมารดา ขณะให้การดูแลทารก

**มารดาเข้าเยี่ยมครั้งที่ 4 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร**
**กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้ในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด (30 นาที )**

1) เปิดโอกาสให้มารดาได้ให้การดูแลทารกด้วยตัวเองทุกกิจกรรมที่พยาบาลให้ความรู้ โดยพยาบาลเป็นผู้คอยให้การช่วยเหลือห่าง ๆ เปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อมีข้อสงสัย

2) ชื่นชม ให้กำลังใจมารดา ขณะให้การดูแลทารก

**มารดาเข้าเยี่ยมครั้งที่ 5 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า**
**กิจกรรมที่ 6 การทบทวนสิ่งที่ได้รับ และสะท้อนความรู้สึก (30 นาที )**

1) เปิดโอกาสให้มารดาได้ให้การดูแลทารกด้วยตัวเองทุกกิจกรรมที่พยาบาลให้ความรู้ โดยพยาบาลคอยสังเกตสิ่งที่มารดาปฏิบัติว่าถูกต้องหรือไม่ และประเมินพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดา (Post test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมของมารดาจนครบทุกกิจกรรม หากมีพฤติกรรมที่มารดายังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่มั่นใจผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ และให้มารดาสาธิตย้อนกลับ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นับว่าสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการศึกษาและกล่าวขอบคุณมารดา และให้ความแนะนำเมื่อมีกิจกรรมที่มารดายังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง หรือไม่มั่นใจ

2) ชื่นชม ให้กำลังใจมารดา ขณะให้การดูแลทารก

3) เมื่อให้การดูแลทารกเสร็จสิ้นแล้วพยาบาลและมารดาร่วมกันสะท้อนถึงความรู้ที่ได้จากการให้ความรู้ สาธิต สาธิตย้อนกลับและการปฏิบัติจริงของมารดา รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่มารดาพบและแนวทางแก้ไข สะท้อนความรู้สึกของมารดาเมื่อดูแลทารกเกดก่อนกำหนด

4) ชื่นชมมารดาในการปฏิบัติบทบาทของมารดา และให้กำลังใจมารดาการเข้าเยี่ยมของมารดาครั้งที่ 5 ให้มารดาดูแลทารกโดยมีพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลืออยู่ห่าง ๆ และประเมินพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดา (Post test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตพฤติกรรมของมารดาจนครบทุกกิจกรรม หากมีพฤติกรรมที่มารดายังปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่มั่นใจผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ และให้มารดาสาธิตย้อนกลับ และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย นับว่าสิ้นสุดการศึกษาผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการศึกษาและกล่าวขอบคุณมารดา จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวบรวม และนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยแบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของมารดาและทารกแรกเกิดก่อนกำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทดสอบด้วย KS-test ข้อมูลมีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ ใช้สถิติ Paired t-test

3) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทดสอบด้วย KS-test ข้อมูลมีการกระจายเป็นแบบโค้งปกติ ใช้สถิติ Independent samples t-test

**การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร**

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่รับรอง UDH REC No.102/2566 รับรองวันที่ 27 พฤศจิกายน 2566 ผู้วิจัยแนะนำตัวกับมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ชี้แจง จากนั้นบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และวิธีการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล อธิบายรายละเอียดการศึกษา ประโยชน์ของการศึกษา การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษาในลักษณะภาพรวม และจะทำลายการบันทึกข้อมูลแบบสอบถาม ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยภายใน 3 ปี การเก็บบันทึกข้อมูล จะเก็บเป็นรหัสซึ่งไม่สามารถโยงถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ตลอดจนแจ้งสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมศึกษาให้ทราบถึงการมีอิสระในการที่เข้าร่วมศึกษาและสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษาทารก เพื่อให้มารดารับทราบพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการศึกษา

## ผลการวิจัย

**1. ข้อมูลทั่วไปของมารดา:** กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 28.41 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุ เฉลี่ย 28.33 ปี ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด ร้อยละ 58.33 ส่วนกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. มากที่สุด คือ ร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 50.00 กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

21833.33 บาท และกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 17,583.33 บาท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีประสบการณ์การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 58.30 และร้อยละ 75.00 ตามลำดับ

**2. ข้อมูลทั่วไปของทารก** พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นทารกเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 58.30 และ ร้อยละ 66.70 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์ (GA) เฉลี่ย 30.17 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์ (GA) เฉลี่ย 32.58 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,460.00 กรัม และกลุ่มควบคุมมีน้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,562.91 กรัม

**3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาโดยรวม** ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาล ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน ($\bar{X}$=40.91, SD=3.31) และ ($\bar{X}$=43.25, SD=11.72) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาโดยรวม ส่วนหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาล ในกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=40.91, SD=3.31) ส่วนกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=76.08, SD=6.02) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนน และระดับพฤติกรรมการการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| พฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด | กลุ่มทดลอง (n=12) | | | กลุ่มควบคุม (n=12) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ (SD) | Range | ระดับ | $\bar{X}$ (SD) | Range | ระดับ |
| ก่อนการทดลอง | 43.25 (11.72) | 27-62 | ต่ำ | 40.91 (3.31) | 30-43 | ต่ำ |
| หลังจากทดลอง | 76.08 (6.02) | 63-86 | สูง | 57.91 (8.78) | 45-76 | ปานกลาง |

**4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ**

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนทดลองมารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลฯ มีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (t=0.66, p=0.514) ส่วนหลังทดลอง มารดาที่ได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-5.09, p=0.000) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| พฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด | กลุ่มทดลอง (n=12) | | กลุ่มควบคุม (n=12) | | df | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$ | SD | $\bar{X}$ | SD | | | |
| ก่อนทดลอง | 43.25 | 11.72 | 40.91 | 3.31 | 12.74 | 0.66 | 0.514 |
| หลังทดลอง | 76.08 | 6.02 | 57.91 | 8.78 | 22 | 5.09 | 0.000* |

* $p<0.05$

**5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาล ก่อนและหลังทดลอง**

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังได้รับโปรแกรมฯ มารดามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t=-13.06, p<0.001) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง

| พฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด | $\bar{X}$ | SD | df | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนทดลอง (n=12) | 43.25 | 11.72 | 11.00 | 13.06 | 0.000* |
| หลังทดลอง (n=12) | 76.83 | 6.02 | | | |

* p<0.05

## อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการ วิจัยดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาหลังทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนของพยาบาล สูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดาเพิ่มขึ้น เนื่องจาก โปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลที่ให้แก่มารดาทั้ง 4 ด้าน มีประสิทธิภาพ อธิบายได้ว่า

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ มารดากลุ่มทดลอง ได้รับการสนับสนุนตั้งแต่มารดาเข้ามาเยี่ยมบุตรในครั้งแรก โดยพยาบาลเจ้าของไข้จะสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึก และถามอาการของบุตร และยอมรับความรู้สึกต่างๆ สร้างความไว้วางใจ ให้การดูแลและให้ข้อมูลเฉพาะเป็นรายบุคคล อยู่กับมารดาตลอดการเข้าเยี่ยมทารก มีการพูดให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้มารดา ซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย พร้อมทั้งรับฟังมารดาอย่างตั้งใจ รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลสามารถเพิ่มความมั่นใจให้มารดาในการปฏิบัติดูแลทารกได้ และสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของมารดามากขึ้น[10] ส่งผลให้การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นสิ่งที่จะลดความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยในระยะวิกฤต คือการสนับสนุนให้มารดาได้แสดงออกถึงบทบาทมารดาโดยการแสดงความรักต่อบุตร จึงมีการส่งเสริมให้มารดาได้สัมผัสทารกผ่านกิจกรรมสัมผัสแห่งรักโดยให้มารดาได้โอบกอดทารกแบบแกงการู (Kangaroo) โดยพยาบาลเป็นผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ซึ่งมารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดมีความต้องการการตอบสนองทางอารมณ์มากกว่ามารดาที่คลอดบุตรปกติ และบุตรไม่มีความผิดปกติใด[11] ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์ จะทำทันทีเมื่อมารดามีความพร้อมและเข้าเยี่ยมบุตรในครั้งแรก และจะแทรกอยู่ในทุกๆกิจกรรมที่มารดาเข้าเยี่ยมบุตร เมื่อพยาบาลมีการสนับสนุน

องค์ประกอบด้านอารมณ์ของมารดาอย่างเหมาะสม และอยู่เคียงข้างมารดายอมรับในอารมณ์ความรู้สึก มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลทารกที่ดีขึ้นของมารดา

2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร มารดากลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนโดยการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศผ่อนคลายเป็นส่วนตัวตามบริบทของหอผู้ป่วย ทำให้เกิดความพร้อมในการเรียนรู้ ในการเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรกของมารดาจะมีการแนะนำสถานที่ อุปกรณ์การแพทย์ และระเบียบการเข้าเยี่ยมของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤตแบบตัวต่อตัว และให้มารดาเข้าถึงแอพลิเคชันไลน์ของหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต ด้วย QR code ใช้สื่อวิดีทัศน์ ในการแนะนำสถานที่โดยส่งผ่านไลน์ของหอผู้ป่วย ส่งผลให้มารดาคลายความวิตกกังวล และมีความพร้อมที่จะเข้าเยี่ยมทารกสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา แปะสกุล และคณะ[12] ที่ศึกษาการเตรียมมารดาร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรก พบว่า การเตรียมมารดาร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรกสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้

3) การสนับสนุนด้านข้อมูล มารดากลุ่มทดลองได้รับการได้รับข้อมูลตั้งแต่ การเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรก โดยใช้สื่อวิดีทัศน์ ในการแนะนำสถานที่ นำเสนอเกี่ยวกับสถานที่ต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต อุปกรณ์การแพทย์ที่ทารกได้รับ รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมทารก ทำให้มารดาได้ทราบและเห็นสถานที่จริงผ่านวิดีทัศน์ ก่อนการเข้าเยี่ยมทารก ส่งผลให้มารดาคลายความวิตกกังวล และมีความพร้อมที่จะเข้าเยี่ยมทารก นอกจากนั้นยังมีภาพ Infographic ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของทารกแรกเกิดก่อนกำหนดปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย รวมถึงการรักษาที่ทารกได้รับ และคู่มือการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การเช็ดตัว การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การทำความสะอาดปาก การจัดท่านอน การอุ้มแบบแกงการู และการบีบเก็บน้ำนม ที่จัดทำเป็นรูปเล่ม แผ่นพับ มีการให้ข้อมูลกับมารดาในการเข้าเยี่ยมในครั้งแรก เมื่อมารดาได้รับข้อมูลก่อนการเข้าเยี่ยมทำให้ไม่ตกใจ หรือเกิดความกลัว ส่งผลทำให้มารดากล้าที่จะสัมผัสทารก ในการเข้าเยี่ยมครั้งที่ 2-4 จะมีการให้ข้อมูลเรื่องการดูแลทารกในทักษะข้างต้น และจะสาธิตการดูแลทารกให้มารดาดูในครั้งแรกและให้มารดาได้ลองปฏิบัติจริงโดยมีพยาบาลคอยให้การช่วยเหลือ ส่งผลให้มารดา มีความรู้ความเข้าใจ ส่งผลดีของการดูแลทารก[13] ตระหนักถึงประโยชน์และเห็นความสำคัญในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด รวมถึงคู่มือการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งมีรูปภาพประกอบคำบรรยาย มารดา สามารถนำไปทบทวนต่อเมื่อกลับบ้านได้ และในขณะที่มารดาให้การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดพยาบาลจะคอยให้ความช่วยเหลือตลอดการปฏิบัติ พร้อมทั้ง มีคู่มือการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดส่งให้มารดาผ่านไลน์ของหอผู้ป่วย มารดาสามารถทบทวนได้ตลอดเวลาที่ต้องการส่งผลให้มารดากลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลทารกได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสานต่อความรู้และทักษะมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด[14] โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดรูปแบบวิดีโอผ่าน Line OA การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ และให้คู่มือการดูแลทารก เพื่อให้มารดาสามารถทบทวนความรู้ต่าง ๆ ได้ตลอดเวลา ผลการวิจัยพบว่า หลังจากมารดาเข้าร่วมการวางแผนจำหน่ายรูปแบบแบบผสมผสานความรู้

และทักษะการดูแลทารก มารดามีความรู้และทักษะการดูแลทารกเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นสื่อที่ใช้รูปภาพประกอบชัดเจน และมีเสียงบรรยายที่ทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น สะดวก ไม่ซับซ้อน สามารถดูซ้ำได้หลายครั้ง ผู้เรียนได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วน คงที่ผู้ดูแลได้เนื้อหาเหมือน ๆ กัน ส่งผลให้มารดาเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นมีความรู้เพิ่มขึ้น และมีทักษะในการปฏิบัติที่ดีขึ้นตามมาด้วย[15]

4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า มารดากลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าโดยผู้วิจัยให้การยกย่องมารดาที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ชื่นชม ให้กำลังใจมารดา ขณะให้การดูแลทารก ทำให้มารดาสามารถเผชิญความเครียดในภาวะวิกฤต และมีความมั่นใจในการดูแลทารกเพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การดูแล ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติพร แสงพลอย และคณะ[16] ที่ทำการศึกษาแผนการสนับสนุนทางสังคมในมารดาคลอดก่อนกำหนดให้การสนับสนุนทางสังคมแก่มารดา พบว่ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการให้นมมารดาสูงกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการชมเชยในขณะที่มารดาฝึกปฏิบัติหรือให้การดูแลทารกได้อย่างถูกต้อง ในการวิจัยครั้งนี้เมื่อมารดาให้การดูแลทารกเสร็จสิ้นแล้วพยาบาล และมารดาร่วมกันสะท้อนซึ่งเป็นการประเมินค่าการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดร่วมกัน ทำให้มารดาเข้าใจปัญหาในการปฏิบัติ เมื่อพบปัญหาผู้วิจัยและ มารดาจะร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มารดาเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลทำให้การดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรษมน ปาพรม[17] ที่ทำการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดในมารดาวัยรุ่น ซึ่งพบว่าการกล่าวชมเชยเมื่อมารดาวัยรุ่นสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เป็นเสมือนแรงกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำการดูแลบุตรส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ เช่นเดียวกัน

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดของมารดา หลังทดลองในกลุ่มได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลสำหรับมารดาของทารกแรกเกิดก่อนกำหนด ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านทรัพยากร 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านการประเมินค่า มีประสิทธิภาพมารดาจึงมีพฤติกรรมการดูแลทารกที่ดีขึ้น

อธิบายได้ว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลสามารถปรับตัวในบทบาทของมารดาได้ดี เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความวิตกกังวล มีความมั่นใจในการอยู่ใกล้ชิดกับทารก กล้าที่จะสัมผัสทารก ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากดูแลทารก ทำให้การเข้าเยี่ยมในครั้งถัดไป มารดามีความสนใจในกิจกรรมการดูแลทารก ทำให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจ ทราบถึงข้อดีของการดูแลทารก เกิดทักษะการดูแลทารก เป็นผลทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤตเพิ่มขึ้น จากก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิชญนันทน์ ไพบูลย์ และคณะ[5] ที่พบว่า หลังการทดลองมารดาที่ได้รับการสนับสนุนของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารก

ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริพร มีหมู่ และคณะ[18] พบว่า หลังการทดลองโปรแกรมสนับสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดา คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยของมารดา โดยรวมและรายด้านสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ ชนิตา แปะสกุล และคณะ[12] ที่พบว่า โปรแกรมการเตรียมมารดาร่วมกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรกช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Caporali et al.[19] ที่ทำการศึกษา ความเครียดของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทั่วโลก พบว่า บิดามารดา มีภาวะเครียดมากเมื่อบุตรการรับเข้า NICU ดังนั้นการสนับสนุนผู้ปกครองทันทีหลังคลอดทารกที่มีความเสี่ยง เพื่อลดความเครียดของบิดามารดา และเพื่อส่งเสริมการปรับตัวในบทบาทของมารดาและบิดาและภาวะสุขภาพที่ดีของของทารกแรกเกิด

**ข้อเสนอแนะ**

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: ควรนำแนวทางของโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลไปใช้กับทารกแรกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อย หรือน้อยมาก เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของเด็กและผู้ดูแล นอกจากนั้น ควรติดตามประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มเติมการดูแลในปัญหาที่มารดา ทารกแรกเกิดก่อนกำหนดยังดูแลได้ไม่เหมาะสม
2. ด้านการวิจัย: ศึกษาเพิ่มเติมการประเมินผลจาก ตัวชี้วัดเกี่ยวกับทารก เช่น การประเมินพัฒนาการ การเจริญเติบโต ภายหลังนำโปรแกรมการสอนไปใช้กับมารดา

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Infant Mortality [Internet]. 2023. [cited 2023 October 13]. Available from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborn-mortality
2. ณัฐนิชา ศรีละมัย, จุไรรัตน์ วัชรอาสน์. การมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดตามความต้องการของมารดา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2559;27(1):152-9.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลกลาง กรมอนามัย [อินเตอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 1] เข้าถึงได้จาก http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/lbw/index?year=2024
4. พนมพร ไชยะอินทร์, จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี, อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์. ความเครียดในบิดามารดาของทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(3): 42-51.
5. สุพิชญนันทน์ ไพบูลย์, จุฑามาศ โชติบาง, มาลี เอื้ออำนวย. ผลการสนับสนุนของพยาบาลต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด. พยาบาลสาร. 2564;48(4):160-73.

6. นิตยา อิสรโชติ, มยุรี นภาพรรณสกุล และบุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความเครียดของมารดาเด็กป่วยหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
7. ฮานีฟะ เจ๊ะอาลี. ความกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากหออภิบาลทารกแรกเกิดสู่บ้าน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก]. สงขลา: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
8. House JS, Kahn RL, McLeod JD, Williams D. Measures and concepts of social support. In Cohen S, Syme SL. Eds. Social support and health [Internet]. 1985. [cited 2023 October 13]. Available from: https://faculty.isr.umich.edu/williams/All%20Publications/DRW%20pubs%201985/measures%20and%20concept%20of%20social%20support.pdf
9. จิดาภา พิกุลงาม, นฤมล ธีระสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. ผลการสนับสนุนของพยาบาลต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2567;18(2):69-80.
10. Twohig A, Murphy JF, McCarthy A, Segurado R, Underdown A, Smyke A, McNicholas F, Molloy EJ. The preterm infant-parent programme for attachment-PIPPA Study: a randomised controlled trial. Pediatr Res. 2021 Sep;90(3):617-624. doi: 10.1038/s41390-020-01262-z.
11. Spinelli M, Frigerio A, Montali L, Fasolo M, Spada MS, Mangili G. 'I still have difficulties feeling like a mother': The transition to motherhood of preterm infants mothers. Psychol Health. 2016;31(2):184-204. doi: 10.1080/08870446.2015.1088015.
12. ชนิตา แปะสกุล, คมเนตร โกณานนท, นันทนี พิทักษวานิชย์. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรกต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2564;27(2):81-95.
13. ภากร ชูพินิจรอบคอบ. ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2565;7(1):18-32.
14. กิติยาพร สังฆศรีสมบัติ, ชรินทร์พร มะชะรา. ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายแบบผสมผสานต่อความรู้และทักษะมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด. วารสารการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี. 2564;29(3):333-45.

15. วนิสา หะยีเซะ, นุจรี ไชยมงคล, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, มยุรี ยีปาโล๊ะ. การพัฒนาแอปพลิเคชันบนแอนดรอยด์: ผลของการให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามวิถีมุสลิม. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2564;13(1):39-55.
16. ฐิติพร แสงพลอย, พรรณพิไล ศรีอาภรณ์, ปิยะนุช ชูโต. ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการให้นมมารดาของมารดาคลอดก่อนกำหนด. พยาบาลสาร. 2559;43(3):13-23.
17. วรรษมน ปาพรม, สมสมร เรืองวรบูรณ์, สมปอง พะมุลิลา. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดของมารดาวัยรุ่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2562;39(4):86-96.
18. ศิริพร มีหมู่, จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยของมารดาหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสารพยาบาลพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2560;40(4):21-30.
19. Caporali C, Pisoni C, Gasparini L, Ballante E, Zecca M, Orcesi S, Provenzi L. A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-analytic study. J Perinatol. 2020 Dec;40(12):1739-1752. doi: 10.1038/s41372-020-00798-6.

# ภาวะสุขภาพนักเรียนและรูปแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียน ในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

**รำไพ หมั่นสระเกษ[*], กฤตกร หมั่นสระเกษ[**a], จันทร์เพลิน คิดการ[***]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางที่ใช้การศึกษาแบบผสมผสานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพนักเรียนและรูปแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียน ในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 1,397 คน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา เขต 1 จำนวน 11 แห่ง โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือเก็บข้อมูลคือ แบบบันทึกสุขภาพนักเรียน แบบการสนทนากลุ่ม แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และแบบสำรวจสิ่งแวดล้อม เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมกราคม 2567 ถึง มิถุนายน 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า 1) นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.68 อายุระหว่าง 6-12 ปี กำลังศึกษาชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 มากที่สุด ร้อยละ 19.61 2) ภาวะสุขภาพ พบว่า นักเรียนมีปัญหาสุขภาพตามลำดับ ได้แก่ ฟันผุ ร้อยละ 55.33 มีเหา ร้อยละ 19.11 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 19.04 สายตาผิดปกติ ร้อยละ 16.68 เริ่มผอมและผอม ร้อยละ 12.67 และการได้ยินผิดปกติ ร้อยละ 0.14 และ 3) รูปแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียน ประกอบด้วย 1) การประเมินและการคัดกรองสุขภาพ 2) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำ และการส่งต่อ 3) การให้สุขศึกษา 4) การพัฒนาแกนนำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพ และ 5) การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ฟันผุ เหา ภาวะทุพโภชนาการ การมองเห็น และการได้ยินผิดปกติ ยังคงเป็นปัญหาในเด็กวัยเรียน โรงเรียนควรพัฒนาศักยภาพ ครูอนามัยและครูประจำชั้น ให้สามารถตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียน และให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพเบื้องต้นได้ รวมทั้งประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทันตบุคลากรมาตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนตามเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ**: ภาวะสุขภาพ; อนามัยโรงเรียน; นักเรียน

---

[*] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[**] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

[***] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

[a] Corresponding author: กฤตกร หมั่นสระเกษ Email: krittakorn135@gmail.com

***รับบทความ: 11 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 21 มี.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 22 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 9 เม.ย. 68***

# Student' Health Status and School Health Service Model of Basic Education Institutions in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

**Rumpai Munsrakeat[*], Krittakorn Munsrakeat[**a], Janplern Khitkan[***]**

## Abstract

The objectives of this cross-sectional descriptive with mixed methods design were to study the students' health status and the school health service model of basic education institutions in Mueang district, Nakhon Ratchasima province. The samples were 1,397 elementary school students, grades 1-6, from 11 schools in Nakhon Ratchasima primary educational service area office 1 selected using stratified sampling technique. The data collection instruments included student health records, focus group discussions, participatory observation and environmental surveys. The data were collected between January and June 2024 and were analyzed using frequencies, percentages, and content analyses.

The findings revealed that: 1) the majority of the samples were males (52.68%), aged between 6-12 years, and were currently studying in grade 6 (19.61%); 2) regarding health status, most common health problems among students, in order, were as follows: dental caries (55.33%), having lice (19.11%), overweight and obesity (19.04%), abnormal vision (16.68%), wasting (12.67%), and abnormal hearing (0.14%); 3) school health services included a) health assessment and screening, b) primary medical care, advice and referrals for care, c) health education, d) development of student leaders to promote health, and e) advices for student health improvement. The results suggested that dental caries, lice, malnutrition, vision and hearing problems were still problems among school-aged children. Schools should improve health and classroom teachers' potential and abilities for student health screening and counseling on basic health issues, including coordinating with public health and dental professionals to continuously screen students' health according to the standards of health promoting schools.

**Keywords**: Health status; School health; Students

---

[*] Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[**] Instructor, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

[***] Registered Nurse, Professional Level, Kanai Tambon Health Promoting Hospital, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

[a] Corresponding author: Krittakorn Munsrakeat Email: krittakorn135@gmail.com

***Received: Mar. 11, 25; Revised: Mar. 21, 25; Accepted: Mar. 22, 25; Published Online: Apr. 9, 25***

## บทนำ

เด็กเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่าและสำคัญในการพัฒนาและขับเคลื่อนประเทศไทยในอนาคต แต่ปัจจุบันเด็กไทยมีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่องแต่สัดส่วนประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ อีกทั้งเด็กกำลังเผชิญกับปัจจัยคุกคามทั้งจากครอบครัวและสภาวะแวดล้อมรอบด้าน อาทิเช่น ยุคสมัยที่เน้นวัตถุนิยม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ การสื่อสารในยุคดิจิทัล ผลกระทบจากการเปลี่ยนสังคมชนบทไปเป็นสังคมเมือง เด็กส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่ยากจน ผู้ปกครองต้องทำงานหนัก ไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่เด็กต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง และไม่มีเครื่องมือใช้ในการดูแลพัฒนาการเด็ก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการศึกษาและพัฒนาการของเด็ก ทำให้พัฒนาการล่าช้า สุขภาพจิตไม่ดี ขาดโอกาสในการศึกษา ไม่ได้พัฒนาทักษะที่จำเป็นในอนาคต ทำให้เด็กมีปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตลดลง[1,2] การพัฒนาเด็กวัยเรียนจึงต้องพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการใช้ชีวิตให้ครบทุกมิติ ระบบการศึกษาต้องพัฒนาให้เด็กรู้เท่าทันสภาวการณ์ในปัจจุบัน เพื่อให้เด็กเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สุขภาพแรง มีความเป็นอยู่ที่ดี และเป็นประชากรที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) และจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคต[3]

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตระหนักและเห็นความสำคัญของเด็กจึงได้ส่งเสริมสนับสนุนให้ทุกโรงเรียนดำเนินงานโรงเรียนสงเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพเด็กควบคู่กับการศึกษามาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ป 2541 ถึงปัจจุบัน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้สำรวจภาวะสุขภาพของนักเรียนในประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2551-2564 พบว่า นักเรียนมีปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนและเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้นในอนาคต นักเรียนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง เช่น ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม และรับประทานอาหารฟาสต์ฟูดเป็นประจำ แต่บริโภคผักและผลไม้น้อยลง มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำ มีพฤติกรรมเนือยนิ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ด้านสุขอนามัยในโรงเรียนพบมีปัญหาห้องส้วมไม่สะอาด อีกทั้งพบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดมากขึ้น แต่ความเอาใจใส่ของผู้ปกครองและครอบครัวมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง[3] เด็กวัยเรียนจึงมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพด้านต่าง ๆ สูงขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวกรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2565 จึงได้ยกระดับการพัฒนามาตรฐานโรงเรียนสงเสริมสุขภาพให้สูงขึ้นเทียบเคียงกับมาตรฐานสากล ให้สอดคล้องตามกรอบการปฏิรูปประเทศภายใต บริบทที่สอดคล้องกับประเทศไทย โดยได้รับความร่วมมือจากองค การอนามัยโลก (WHO) กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (The International Health Policy Program: IHPP) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวของ[3] เพื่อส่งเสริมให้นักเรียน ครู และทุกคนในโรงเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีสุขภาพดี

จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนเด็กวัยเรียนจำนวนมากกว่า 5 หมื่นคน[4] ที่ผ่านมาพบปัญหาสุขภาพในเด็กวัยเรียน ได้แก่ ภาวะอ้วน ผอม เตี้ย ฟันผุ เหา[5] เด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี มีภาวะอ้วน กระทรวงศึกษาธิการจึงได้สนับสนุนให้ทุกโรงเรียนมีการดำเนินงานโรงเรียนส งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล และเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพตั้งแต่ ปี 2565 ถึงปัจจุบัน ในด้านการดูแลสุขภาพ

ได้ดำเนินการในองค์ประกอบที่ 6 อนามัยโรงเรียนสู่นักเรียนสุขภาพดี ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนในหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และแก้ไขปัญหาสุขภาพ ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดูแลรักษาเบื้องต้น การให้คำแนะนำปรึกษา และการส่งต่อ เพื่อให้นักเรียนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองที่เหมาะสม มีสุขภาพดีครอบคลุมทุกมิติ และเรียนรู้ได้สำเร็จ โดยการมีส่วนร่วมของนักเรียน โรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง[6] ซึ่งจะช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กได้

กลุ่มพัฒนาส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ได้รายงานผลการดำเนินงานการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ยังพบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ อ้วน ผอม เตี้ย สุขภาพไม่แข็งแรง ซีด สายตาผิดปกติ ฟันผุ มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เป็นต้น สาเหตุบางส่วนเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง นอกจากนี้ระบบการเฝ้า ระวัง คัดกรอง และส่งต่อ ยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดความสับสนในดำเนินงาน และไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ[7] แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มีจุดเน้นในการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต ดังนั้นจังหวัดนครราชสีมา จึงต้องสนับสนุนให้โรงเรียนทุกแห่งดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากลและเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบว่า มีรายงานการศึกษาภาวะสุขภาพนักเรียนหลังพัฒนา และรูปแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียนของพยาบาลอนามัยชุมชนในพื้นที่ ที่เป็นปัจจุบันมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะสุขภาพนักเรียน และรูปแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียน ในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ในปีการศึกษา 2566 ข้อมูลดังกล่าวเป็นแนวทางนำไปสู่การรับรู้และการแก้ไขปัญหาสุขภาพนักเรียน การพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนตามแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนารูปแบบการจัดบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อสงเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และแก้ไขปญหาสุขภาพที่จะเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียนให้บรรลุผลสำเร็จและมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการให้บริการอนามัยโรงเรียนตามแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล พ.ศ. 2565 ของ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[3]

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพนักเรียน ในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษารูปแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียน ในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ที่ใช้รูปแบบการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed methods) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา เขต 1 ในปีการศึกษา 2566 จาก 142 โรงเรียน จำนวน 34,632 คน[8]

**กลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษา ชั้นปีที่ 1-6 สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา เขต 1 ในปีการศึกษา 2566 จากอำเภอเมืองนครราชสีมา จำนวน 11 โรงเรียน จำนวนทั้งสิ้น 1,732 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดเกณฑ์ขนาดประชากรเป็นหลักหมื่น ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย ร้อยละ 5[9] สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) โดยสุ่มเลือกสังกัดโรงเรียน เลือกพื้นที่ในสังกัด เลือกโรงเรียน และเลือกชั้นปี ตามลำดับ การเก็บข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 1,397 คน คิดเป็นร้อยละ 80.66

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

การวิจัยใช้ แบบบันทึกสุขภาพนักเรียน แบบการสนทนากลุ่ม แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และแบบสำรวจสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 3 ชุด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน ด้านหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอน และด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) มีค่าเท่ากับ 1, 1, 1 และ 1 ตามลำดับ

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการประเมินและคัดกรองสุขภาพนักเรียน ให้บริการอนามัยโรงเรียน และเก็บข้อมูลวิจัย ประสานโรงเรียนให้จัดเตรียมนักเรียนชั้นปีที่ 1-6 ให้เข้าร่วมกิจกรรมและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2567

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ข้อมูลภาวะสุขภาพวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลรูปแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียน วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร**

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา หมายเลข COA No. 43/2566 วันที่รับรอง 13 ธันวาคม 2566-12 ธันวาคม 2567 และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา และผู้อำนวยการโรงเรียน และผู้ปกครองนักเรียนให้เก็บข้อมูลวิจัยได้ นักวิจัยเก็บข้อมูลวิจัยไว้เป็นความลับ

ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ ประมวลผล เพื่อนำไปสู่การสรุปผลวิจัยเรื่องนี้เท่านั้น การนำเสนอผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมไม่อ้างอิงถึงนักเรียน โรงเรียน หรือผู้ใด

## ผลการวิจัย

**1. ข้อมูลทั่วไป**

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 อายุระหว่าง 6-12 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.68 รองลงมาเป็นเพศหญิง ร้อยละ 47.32 กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 6 มากที่สุด ร้อยละ 19.61 รองลงมาคือ ชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 5 ร้อยละ 18.04 และ ชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 ร้อยละ 17.18 ตามลำดับ

**2. ภาวะสุขภาพนักเรียน**

ผลการประเมินภาวะสุขภาพนักเรียน พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดี นักเรียนส่วนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งพบคล้ายคลึงกันทุกชั้นปี และนักเรียน 1 คน พบปัญหาสุขภาพร่วมกันได้ตั้งแต่ 1 ถึง 3 ปัญหา รายงานผลตามลำดับ ดังนี้

2.1 ภาวะการเจริญเติบโต พบว่า นักเรียนชั้นปีที่ 1-6 มีการเจริญเติบโตปกติ (สมส่วน) มากที่สุด ร้อยละ 68.29 รองลงมาคือ สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (เริ่มอ้วนและมีภาวะอ้วน) ร้อยละ 19.04 และ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (ค่อนข้างผอมและผอม) ร้อยละ 12.67 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1 ข้อมูลจากการสังเกตในเด็กที่มีภาวะอ้วนมาก (>2SD) จำนวน 8 คน พบผิวหนังบริเวณซอกคอมีสีดำคล้ำ (Acanthosis nigricans) ซักประวัติยังไม่มีอาการง่วงหลับขณะเรียน ไม่ทราบว่าตนเองนอนกรน และไม่ทราบประวัติโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองในญาติสายตรง ชอบรับประทานน้ำหวาน น้ำอัดลม และในโรงเรียนมีการจำหน่ายไอศกรีม ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม

**ตารางที่** 1 จำนวนและร้อยละของนักเรียนรายชั้นปี จำแนกตามภาวการณ์เจริญเติบโต (n=1,397)

| ชั้นปี | ปกติ (สมส่วน) | ต่ำกว่าเกณฑ์ | สูงกว่าเกณฑ์ |
|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| 1. ป.1 (n=187) | 135 (72.20) | 26 (13.90) | 26 (13.90) |
| 2. ป.2 (n=212) | 136 (64.15) | 48 (22.64) | 28 (13.21) |
| 3. ป.3 (n=232) | 186 (80.17) | 13 (5.60) | 33 (14.22) |
| 4. ป.4 (n=240) | 158 (65.84) | 32 (13.33) | 50 (20.83) |
| 5. ป.5 (n=252) | 175 (69.44) | 22 (8.73) | 55 (21.83) |
| 6. ป.6 (n=274) | 164 (59.85) | 36 (13.14) | 74 (29.96) |
| **รวม (n=1397)** | **954 (68.29)** | **177 (12.67)** | **266 (19.04)** |

2.2 การได้ยินเสียง การตรวจการได้ยินอย่างง่าย พบว่า นักเรียนชั้นปีที่ 1-6 หู 2 ข้างการได้ยินปกติมากที่สุด ร้อยละ 99.86 รองลงมา พบว่า หูข้างขวาได้ยินปกติ แต่หูข้างซ้ายไม่ได้ยินเสียง ร้อยละ 0.14

2.3. การมองเห็น ผลการตรวจวัดสายตาโดยรวม พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีสายตาปกติ ร้อยละ 83.32 รองลงมา คือ ผิดปกติ ร้อยละ 16.68 ดังตารางที่ 2 โดยสายตาที่มีค่าผิดปกติ พบความถี่สูงสุด คือ 6/9 รองลงมา คือ 6/12, 6/18, 6/24, 6/36 และ 6/60 ตามลำดับ นักเรียนที่การมองเห็นผิดปกติเมื่อให้อ่านตัวอักษรผ่าน Pin-hole พบว่า ค่าสายตาดีขึ้นทุกราย แสดงว่าสาเหตุเกิดจากสายตาผิดปกติ (Refractive errors) แบบสายตาสั้น นักเรียนที่สวมแว่นสายตามานานมากกว่า 5 ปี มี 2 ราย วัดค่าสายตาขวาและตาซ้ายเท่ากับ 6/24, 6/36 และ 6/18, 6/36 ตามลำดับและให้ประวัติว่า “ใส่แว่นมานานมากกว่า 5 ปี ยังไม่เคยเปลี่ยนแว่นใหม่” การสัมภาษณ์นักเรียนที่สายตาผิดปกติ “มองภาพไม่ชัดเจนขณะเรียน และมีอาการปวดศีรษะร่วมด้วยบางครั้ง ต้องย้ายมานั่งหน้าชั้น ไม่รู้ว่าอาการของสายตาผิดปกติเป็นอย่างไร ใช้สายตามากในการเล่นมือถือนานมากกว่าวันละ 2 ชั่วโมง อ่านหนังสือที่บ้านมีแสงสว่างไม่เพียงพอ รู้สึกว่ามองภาพไม่ชัดแต่ไม่อยากไปตรวจ เพราะไม่อยากใส่แว่น”

**ตารางที่** 2 จำนวนและร้อยละของนักเรียนรายชั้นปี จำแนกตามผลการตรวจสายตา (n=1,397)

| ชั้นปี | สายตา | |
|---|---|---|
| | ปกติ | ผิดปกติ |
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| 1. ป.1 (n=187) | 126 (67.38) | 61 (32.62) |
| 2. ป.2 (n=212) | 170 (80.19) | 42 (19.81) |
| 3. ป.3 (n=232) | 206 (88.79) | 26 (11.21) |
| 4. ป.4 (n=240) | 204 (85.00) | 36 (15.00) |
| 5. ป.5 (n=252) | 218 (86.51) | 34 (13.49) |
| 6. ป.6 (n=274) | 240 (87.59) | 34 (12.41) |
| **รวม (n=1397)** | **1,164 (83.32)** | **233 (16.68)** |

2.4 ฟันผุ การประเมินสุขภาพฟันนักเรียนชั้นปีที่ 1-6 พบว่า มีฟันผุ ร้อยละ 55.33 โดยมีฟันน้ำนมผุมากที่สุด ร้อยละ 39.87 รองลงมา คือ ฟันแท้ผุ ร้อยละ 15.46 ชั้นปีที่พบฟันผุมากที่สุด คือ ป.1 ร้อยละ 73.26 รองลงมา คือ ป.3 ร้อยละ 69.40 และ ป.4 ร้อยละ 58.33 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3 การสัมภาษณ์นักเรียนที่ฟันผุ พบว่า “ส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 1-2 ครั้ง หากมาโรงเรียนครูให้แปรงฟันหลังอาหารกลางวันร่วมด้วย ส่วนใหญ่แปรงฟันไม่ถูกวิธี บางรายไม่ค่อยได้แปรงฟัน เนื่องจากที่บ้านไม่มีผู้ปกครองดูแล ไม่มีแปรงสีฟัน ไม่มียาสีฟัน รับประทานขนมขบเคี้ยว ลูกอม น้ำหวาน ขนมหวานบ่อย ๆ” ข้อมูลจากการสังเกตพบฟันมีคราบหินปูนและเศษอาหารมาก และการสำรวจสิ่งแวดล้อม พบว่า ในโรงเรียนและรอบรั้วโรงเรียนมีการจำหน่าย ขนมกรุปกรอบ น้ำหวาน น้ำอัดลม

**ตารางที่** 3 จำนวนและร้อยละของนักเรียนที่มีฟันผุ จำแนกตามชนิดของฟัน (n=1,397)

| ชั้นปี | ฟันน้ำแท้ผุ | ฟันน้ำนมผุ | รวม |
|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) |
| 1. ป.1 (n=187) | 0 | 137 (73.26) | 137 (73.26) |
| 2. ป.2 (n=212) | 0 | 112 (52.83) | 112 (52.83) |
| 3. ป.3 (n=232) | 16 (6.90) | 145 (62.50) | 161 (69.40) |
| 4. ป.4 (n=240) | 61 (25.42) | 79 (32.92) | 140 (58.33) |
| 5. ป.5 (n=252) | 79 (31.35) | 51 (20.24) | 130 (51.59) |
| 6. ป.6 (n=274) | 60 (21.90) | 33 (12.04) | 93 (33.94) |
| **รวม (n=1397)** | **216 (15.46)** | **557 (39.87)** | **773 (55.33)** |

2.5 เหา การประเมิน พบว่า นักเรียน มีเหากระจายอยู่ทุกชั้นปี ร้อยละ 19.11 เป็นนักเรียนหญิงทั้งหมด เมื่อพิจารณารายชั้นปี พบว่า ป.5 มีเหามากที่สุด ร้อยละ 22.22 รองลงมา คือ ป.3 ร้อยละ 21.98 และ ป.4 ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ จากการสังเกต พบว่า ส่วนใหญ่ไว้ผมยาว ชอบเล่นหยอกล้อใกล้ชิดกัน สัมภาษณ์นักเรียน พบว่า “รับรู้ว่าตนเองเป็นเหา เคยเป็นหายแล้วแต่เป็นอีก เพื่อนๆและคนในครอบครัวก็มีเหาร่วมด้วย เคยใช้หวีเสนียดหวีผม ใส่ยาฆ่าเหา สระผมบ่อยๆ และตัดผมให้สั้นดีขึ้น แต่ก็กลับมาเป็นใหม่อีก”

**3. รูปแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียน** มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

**1) การประเมินและการคัดกรองสุขภาพนักเรียน** ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และแปลผล การวัดสายตา การตรวจการได้ยินอย่างง่าย และการตรวจร่างกาย 10 ท่า การสำรวจสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่อาจส่งผลต่อสุขภาพนักเรียน พบว่า นักเรียนมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ฟันผุ มีเหา อ้วน ผอม สายตาผิดปกติ และการได้ยินผิดปกติ

**2) การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามปัญหาที่พบ การให้คำแนะนำ และการส่งต่อ**

2.1 ฟันผุ โดยแนะนำให้นักเรียนแปรงฟันอย่างถูกวิธี หลีกเลี่ยงการบริโภคของหวาน ลูกอม ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง แนะนำครูประจำชั้น/ครูอนามัย สอนการแปรงฟันที่ถูกวิธีให้นักเรียน สุ่มตรวจความสะอาดของฟันหลังการแปรงฟัน ไม่จัดและจำหน่ายลูกอม ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูงในโรงเรียน และจัดเตรียมที่แปรงฟันให้ถูกสุขลักษณะและมีก๊อกน้ำเพียงพอกับจำนวนนักเรียน สนับสนุนให้นักเรียนตรวจสุขภาพช่องปากภาคเรียนละ 1 ครั้ง แนะนำผู้ให้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้าน กำกับให้มีการแปรงฟันอย่างถูกต้อง ควบคุมการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ แจ้งครูประจำชั้น/ครูอนามัย ให้ผู้ปกครองนำนักเรียนที่ฟันน้ำนมผุถึงเนื้อฟัน (ระดับ 3 บวก) และฟันแท้ผุ ไปรับบริการทันตกรรมที่หน่วยบริการสาธารณสุข

2.2 เหา แนะนำวิธีการกำจัดเหา โดยตัดผมสั้น ใช้หวีเสนียดสางผม สระผมให้สะอาดทุกวัน ถ้าไม่หายใช้ใบน้อยหน่าตำคั้นน้ำชโลมพอกผมและศีรษะ ร่วมกับสระผมทุกวัน หากไม่หาย แนะนำ

ครูประจำชั้น/ครูอนามัยให้ผู้ปกครองนำนักเรียนไปตรวจและรับยาที่หน่วยบริการสาธารณสุข และให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2.3 อ้วน/ผอม แนะนำนักเรียนให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ตามธงโภชนาการ โดยควบคุมอาหารที่มีแป้ง และน้ำตาล และไขมันสูง ไม่รับประทานจุกจิก และเพิ่มการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ แนะนำให้นักเรียน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงของตนเอง ว่ามีน้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูงหรือไม่ แนะนำครูประจำชั้น/ครูอนามัย สร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้อง รวมทั้งปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม ติดตามภาวะการเจริญเติบโต ภาคเรียนละ 1 ครั้ง

นักเรียนที่มีภาวะอ้วนมาก แนะนำให้ครูประจำชั้น/ครูอนามัย คัดกรอง Obesity sign 5 ข้อ ได้แก่ 1) มีรอยปื้นดำรอบคอหรือรักแร้ 2) นั่งหลับในเวลาเรียนเป็นประจำ 3) นอนกรน และหยุดหายใจขณะหลับ 4) ประวัติความเจ็บป่วยโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ของบุคคลในครอบครัว 5) การวัดความดันโลหิต (ชั้นประถมศึกษาไม่ควรเกิน 110/70 mmHg) หากพบอาการ 3 ใน 4 ข้อ และ/หรือ มีความเสี่ยงต่อภาวะ Prehypertension ให้ส่งต่อเพื่อรักษา กรณีเด็กผอม แนะนำครูอนามัย/ครูประจำชั้นเฝ้าระวังภาวะ ทุพโภชนาการอย่างต่อเนื่องทุกเดือน ติดตามเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในนักเรียนอย่างต่อเนื่อง ทุก 6 เดือน ประสานผู้รับผิดชอบจัดอาหารกลางวันให้เหมาะสมตามกลุ่มเสี่ยง อ้วน ผอม เตี้ย รวมถึงการส่งต่อเพื่อการรักษา

2.4 สายตาผิดปกติ ที่พบเป็นลักษณะสายตาสั้น แนะนำนักเรียนย้ายมานั่งหน้าชั้นเรียน และแนะนำการดูแลดวงตา ดังนี้ 1) ควรพักสายตาทุก ๆ 20 นาที 2) เว้นระยะห่างระหว่างตาและสิ่งของอย่างน้อยหนึ่งช่วงแขน 3) จำกัดเวลาการใช้หน้าจอมือถือ สมาร์ทโฟน/แท็บเล็ต ใช้ไม่เกินวันละ 2 ชั่วโมง 4) เพิ่มกิจกรรมกลางแจ้ง โดยแนะนำให้นักเรียนใช้ชีวิตในที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ ซึ่งสามารถชะลอภาวะสายตาสั้นได้

นักเรียนที่มีการมองเห็น 6/9-6/12 ให้ครูประจำชั้น/ครูอนามัยเฝ้าระวังโดยตรวจวัดสายตาปีละ 1 ครั้ง หากพบว่า ใช้สายตาแล้วมีอาการ ปวดตา ปวดศีรษะ และสายตามัวลง ร่วมด้วย ให้ส่งต่อจักษุแพทย์ สำหรับนักเรียนที่มีการมองเห็นน้อยกว่า 6/12 และ นักเรียนที่การมองเห็นของตาสองข้างต่างกันเกิน 2 แถว และ นักเรียนที่ใส่แว่นสายตา แต่การมองเห็นน้อยกว่า 6/12 และมองไม่ชัด ให้ครูแนะนำผู้ปกครองนำเด็กไปพบจักษุแพทย์ เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและให้การรักษาที่เหมาะสม

2.5 การได้ยินผิดปกติ ความบกพร่องทางการได้ยินในเด็กวัยเรียน มีหลายสาเหตุ ต้องรีบตรวจหาสาเหตุและแก้ไข เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก ผลการเรียนไม่ดี และนำไปสู่การปรับตัวที่ไม่เหมาะสม แนะนำให้ครูประจำชั้น/ครูอนามัยให้ผู้ปกครองนำนักเรียนไปพบแพทย์ เพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม และให้การรักษาที่เหมาะสม

**3) การให้สุขศึกษา** การให้สุขศึกษาในโรงเรียน แต่ละชั้นปีต้องพิจารณาให้สุขศึกษาตามปัญหาที่พบ เพื่อให้ผู้เรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และนำไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

**4) การพัฒนาแกนนำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพ** การพัฒนานักเรียนแกนนำให้มีความรู้ เจตคติที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถดูแลสุขภาพเบื้องตนของตนเอง เพื่อน ครอบครัว และชุมชนได้ รวมทั้งช่วยครูอนามัยในการดูแลสุขภาพนักเรียน จัดอบรม จำนวน 1 วัน ประกอบด้วย บทบาทผู้นำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพ การปฐมพยาบาล การจัดห้องพยาบาล การจัดตู้ยา และการใช้ยาสามัญประจำบ้าน การประเมินภาวการณ์เจริญเติบโต วัดสายตา ตรวจการได้ยินอย่างง่าย การตรวจร่างกาย 10 ท่า และการลงบันทึกในแบบบันทึกสุขภาพ

**5) การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา** การสำรวจสิ่งแวดล้อมพบข้อมูลที่อาจส่งผลต่อสุขภาพนักเรียนบางประการ มีข้อเสนอแนะโรงเรียนเพื่อการพัฒนา ดังนี้ 1) ควรพัฒนาห้องพยาบาลให้สะอาด มีเตียงพยาบาลแยกชาย-หญิง มียาและเวชภัณฑ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน มีที่ล้างมือและที่ล้างอุปกรณ์ในห้องพยาบาล 2) ห้องส้วม ควรปรับปรุงให้มีสภาพดี สะอาด พร้อมใช้ จำนวนเพียงพอ และไม่อยู่ในที่ลับตา 3) จัดเตรียมอ่างแปรงฟันที่สะอาดและมีจำนวนก๊อกน้ำเพียงพอกับจำนวนนักเรียน (1 หัวก๊อกต่อเด็ก 5 คน) 4) มีการคัดแยกขยะแต่ละประเภทและมีป้ายสัญลักษณ์แยกประเภทขยะที่ชัดเจน ถังขยะมีฝาปิด และให้ความรู้นักเรียนให้ทิ้งขยะให้ถูกต้อง 5) ควรปรับพื้นที่ในโรงเรียนไม่ให้มีน้ำขังเพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 6) ดูแลน้ำดื่มน้ำใช้ และถังเก็บน้ำใช้ ให้สะอาดและมีสภาพดี 7) ควรควบคุมไม่ให้มีการจำหน่ายหรือบริการอาหารหวาน ขนมกรุบกรอบ ของขบเคี้ยว น้ำหวาน น้ำอัดลม ในโรงเรียน 8) ควรประสานผู้จัดอาหารกลางวันและการออกกำลังกายให้จัดโปรแกรมที่เหมาะสมเพื่อแก้ไขปัญหาโภชนาการขาดและเกินของเด็กนักเรียน 9) ควรจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ฟันผุ เหา สายตาผิดปกติ ภาวะทุพโภชนาการ ร่วมกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ 10) ควรพัฒนาศักยภาพครูอนามัย ครูประจำชั้น และแกนนำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพให้มีความรู้และทักษะในการประเมินภาวะการเจริญเติบโต การตรวจวัดสายตา ตรวจการได้ยินอย่างง่าย ตรวจร่างกาย 10 ท่า และการลงบันทึกในแบบบันทึกสุขภาพ (สศ.3)

## อภิปรายผล

### 1. ภาวะสุขภาพนักเรียน

**1.1 ฟันผุ** ปัจจัยที่ทำให้เด็กฟันผุ ได้แก่ เด็กมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม ชอบรับประทานอาหารมีส่วนผสมของน้ำตาลสูง ช่องปากไม่สะอาด และแปรงฟันไม่ถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดศรีสะเกษ[10] พบว่าส่วนใหญ่แปรงฟันถูกต้องตามเกณฑ์น้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการแปรงฟัน ค่าขนมที่ได้รับต่อวัน การศึกษาของแม่ และการรับรู้ข่าวสาร สอดคล้องกับศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ พบว่า โรงเรียนที่ไม่จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแปรงฟัน นักเรียนฟันผุ 1.93 เท่าของโรงเรียนที่จัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการแปรงฟันของนักเรียน และโรงเรียนที่ขายอาหารซึ่งเอื้อต่อฟันผุ 5 ประเภทนักเรียนฟันผุ 1.10 เท่าของโรงเรียนที่ไม่มีการขายอาหารซึ่งเอื้อต่อฟันผุ[11]

**1.2 เหา** นักเรียนมีเหา ร้อยละ 19.11 พบทุกชั้นปี สาเหตุอาจเนื่องจาก นักเรียนหญิงไว้ผมยาว ดูแลความสะอาดผมไม่ดีพอ นิสัยของเด็กจะชอบเล่นคลุกคลีใกล้ชิดกัน ครอบครัวไม่มีเวลาดูแลเด็กเท่าที่ควร

สอดคล้องกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคเหาในเด็กนักเรียนหญิงประถมศึกษาตอนต้น ได้แก่ เด็กไว้ผมยาว และผู้ปกครองมีพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคไม่ดี[12] สอดคล้องกับผลสำรวจความชุกของโรคเหาในโรงเรียนนางแล เชียงราย พบว่า ความชุกของโรคเหา ร้อยละ 22.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเหา ได้แก่ เพศ ประวัติเคยเป็นโรคเหามาก่อน ความยาวของเส้นผม มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13]

**1.3 มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน** เริ่มอ้วนและมีภาวะอ้วน พบ ร้อยละ 19.04 สาเหตุมีหลายประการ ได้แก่ พันธุกรรม ครอบครัวมีฐานะและเลี้ยงดูดี และพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม เช่น รับประทานมากเกินไป รับประทานอาหารที่มีไขมัน แป้งและน้ำตาลสูง มีกิจกรรมทางกาย และออกกำลังกายไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนกับภาวะอ้วนของเด็กวัยเรียนเขตพื้นที่การศึกษาที่ 2 จังหวัดชลบุรี พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะอ้วน ได้แก่ จำนวนเงินที่ใช้จ่ายในโรงเรียน ประวัติโรคอ้วนของบิดามารดา และเด็กวัยเรียนได้รับอาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงจากโรงเรียนและร้านขายอาหารบริเวณรอบนอกโรงเรียน[14]

**1.4 ความผิดปกติของการมองเห็น** พบว่า นักเรียนมีสายตาผิดปกติ ร้อยละ16.68 สาเหตุอาจเกิดอาจสายตาสั้น สายตายาว หรือ สายตาเอียง[15] สอดคล้องกับการวิจัยการคัดกรองเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การมองเห็นผิดปกติ สาเหตุมาจาก สายตาเอียง มากที่สุด รองลงมาคือ สายตาสั้นและสายตายาว ตาขี้เกียจ และ ตาเข[16]

**1.5 ค่อนข้างผอมและผอม** พบว่า ร้อยละ 12.67 แสดงถึงการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ มีหลายสาเหตุ ได้แก่ รับประทานอาหารไม่เพียงพอและไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ มี โรคบางอย่าง มีปัญหาทางจิตใจ หรือ มีปัญหาในการดูดซึมสารอาหาร ครอบครัวฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมีมีเงินซื้ออาหารดี ๆ มารับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองรังกา จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในนักเรียน[17]

**1.6 ความผิดปกติของการได้ยิน** สาเหตุที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ ขี้หูอุดตัน มีน้ำขังในหูชั้นกลาง หูชั้นกลางอักเสบ มีความผิดปกติแต่กำเนิด ซึ่งปัญหาบางอย่างสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นหรือมีอาการรุนแรงขึ้นได้ หากได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และทันท่วงทีก่อนอาการจะลุกลามมากขึ้น[18]

**2. รูปแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียน** มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การประเมินและการคัดกรองสุขภาพ 2) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การให้คำแนะนำ และการส่งต่อ 3) การให้สุขศึกษา 4) การพัฒนาผู้นำนักเรียนส่งเสริมสุขภาพ 5) การให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา การให้บริการอนามัยโรงเรียนมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเรียนของนักเรียน และเป็นการสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น จึงต้องจัดบริ การด้านสุขภาพ การสอนสุขศึกษา และ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน บ้าน และชุมชน [6]

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

โรงเรียนควรพัฒนาศักยภาพครูอนามัย ครูประจำชั้น และนักเรียนแกนนำให้สามารถตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนได้ถูกต้องและครบถ้วน รวมทั้งควรประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทันตบุคลากรเข้ามาตรวจคัดกรองสุขภาพนักเรียนทุกปี

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ฟันผุ และเหา ในเด็กวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อการแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

1. กองบรรณาธิการ The Active. วิกฤต ‘เด็กไทย’ เกิดน้อย พัฒนาช้า [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 18]. เข้าถึงได้จาก: https://theactive.thaipbs.or.th/news/learning-education-20241117
2. นพรดา คำชื่นวงศ์. สถานการณ์ปัญหาเด็กและความเปราะบาง – เรารู้อะไรและยังไม่รู้อะไร [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 20]. เข้าถึงได้จาก: https://researchcafe.tsri.or.th/synthesis-of-knowledge-on-social-protections-for-children
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ปี พ.ศ. 2565. นนทบุรี: มินนี่ กรุ๊ป; 2565.
4. สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดนครราชสีมา กระทรวงศึกษาธิการ. สารสนเทศด้านการศึกษา ปีการศึกษา 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 20]. เข้าถึงได้จาก: https://edustatistics.moe.go.th/population30
5. จีวรรณ ชงจังหรีด และคณะ. การสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพเด็กนักเรียน เขตสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 20]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hpc9/n2574_871b6a83da0480b7a2eda683d13fab8f_article_20200114131337.pdf
6. นพวรรณ เปียซื่อ. การพยาบาลอนามัยชุมชน:นโยบายและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2565.
7. กลุ่มพัฒนาส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. สรุปผลการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 9 ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 20]. . เข้าถึงได้จาก: https://anyflip.com/oiqes/mufs/basic
8. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครราชสีมา เขต 1. สารสนเทศ:ข้อมูลนักเรียน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2566 พฤศจิกายน 20]. เข้าถึงได้จาก: https://www.korat1.go.th/
9. ธีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.

10. กนิพันธุ์ ปานณรงค์, อัญชลี เหมชะญาติ, ประคองศรี ถนอมนวล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุในเด็กนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม 2559;12(1):58-67.
11. ภัสราวดี ศรีสุข, ศิริพร คำสะอาด, นพรัตน์ ลาภส่งผล, ประภัสรา ศิริกาญจน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ: การวิเคราะห์พหุระดับ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2567;16(4):75-86.
12. เจษฎาภรณ์ แสนวัง, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำของโรคเหาในเด็กนักเรียนหญิง ระดับประถมศึกษาตอนต้น จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2564;14(1):80-9.
13. วัชรพงษ์ เรือนคำ, นงค์รักษ์ สงวนกิจรุ่งนภา, พัชรา ก้อยชูสกุล. แนวปฏิบัติที่ในการป้องกันและควบคุมโรคเหาในโรงเรียนนางแล เชียงราย ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 27 [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2568 กุมภาพันธ์ 25]. เข้าถึงได้จาก: https://www.journal.nu.ac.th/JCDR/article/download/1294/873
14. สุภาวดี อรรคพัฒน์. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน กับภาวะอ้วนของเด็กวัยเรียน เขตพื้นที่การศึกษาที่ 2 จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. ชลบุรี: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558.
15. ศูนย์จักษุ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. ภาวะสายตาสั้นในเด็ก ปัญหาที่ไม่ควรมองข้าม [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 กุมภาพันธ์ 25]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/january-2025/myopia-in-children
16. สิราภรณ์ เศรษฐบรรจง. งานวิจัยการสำรวจสายตาผิดปกติของเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในจังหวัดขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2565;19(3):189-95.
17. กัมปนาท คำสุข, บานเย็น ล้านภูเขียว, จริยา เสาเวียง. พฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการในเด็กนักเรียน โรงเรียนบ้านหนองรังกา จังหวัดนครราชสีมา [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2568 กุมภาพันธ์ 25]. เข้าถึงได้จาก: http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2562Vol9No1101.pdf
18. วีระชัย ตันตินิกร. ความบกพร่องทางการได้ยินในเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2568 กุมภาพันธ์ 25]. เข้าถึงได้จาก: https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/august-2017/children-hearing-problems2567

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

**รณยศ สุวรรณกัญญา**[*a]

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบวิเคราะห์ภาคตัดขวางเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยศึกษาในผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา โดยใช้เกณฑ์ระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง หมายถึง 1) ผู้ป่วยมีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการ 2) ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ และ 3) ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง ผู้ป่วยอาการรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดอักเสบที่มี Hypoxia resting $O_2$ saturation ≤ 94% วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติก จากผลการศึกษา พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 267 คน อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 1.45 อายุเฉลี่ย 41.38 ปี (SD=16.69) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ($OR_{adj}$=4.48, 95%CI=1.10-2.82) การได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม ($OR_{adj}$=4.29, 95%CI=1.71-4.59) ผู้ที่มีอาการไอ ($OR_{adj}$=5.45; 95%CI=1.29-2.75)

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีประจำโรคเรื้อรังเป็นเบาหวานมีความรุนแรงของโรคมากกว่าคนปกติ มีอาการไอเป็นอาการป่วยเริ่มแรก การได้รับวัคซีนจำนวน 3 เข็ม พบว่ามียังความรุนแรงของโรคสูง

**คำสำคัญ:** โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19); ความรุนแรง; การศึกษาปัจจัย

[*] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

[a] Corresponding author: รณยศ สุวรรณกัญญา Email: ronnayot8515@gmail.com

***รับบทความ: 27 ก.พ. 68; รับบทความแก้ไข: 22 มี.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 22 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 23 เม.ย. 68***

# Factors Associated with the Severity of Coronavirus Disease 2019 among Patients Receiving Treatment in Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima Province

**Ronnayot Suwannakanya**[*a]

## Abstract

This study is a cross-sectional analysis research to find factors that relationship with severity of coronavirus disease 2019 patients. The study was conducted on patients with confirmed coronavirus disease 2019 who received medical treatment in Debarat Nakhon Ratchasima Hospital. Using the severity of the patient's symptoms. By patients with mild symptoms, it means, 1. The patient has few symptoms or no symptoms. 2. Patients with mild symptoms No pneumonia 3. Patients with mild symptoms but there are risk factors for severe disease. Severe patients refer to patients with confirmed pneumonia with hypoxia resting $O_2$ saturation ≤ 94%. Data were analyzed using descriptive statistics and analyzed to find factors related to violence using multiple logistic regression.

The results showed that, it was found 267 people infected with coronavirus disease 2019. Male to female ratio 1 : 1.45, average age 41.38 years (SD=16.69). Factors related to disease severity : Patients with diabetes mellitus ($OR_{adj}$=4.48; 95%CI=1.10-2.82) receiving 3 doses of COVID-19 vaccine ($OR_{adj}$=4.29; 95%CI=1.71-4.59), include people who have a cough. ($OR_{adj}$=5.45; 95%CI=1.29-2.75).

In conclusion, It was found that patients with chronic diseases who have diabetes have more severe disease than normal people. Coughing is the first symptom of illness. Receiving 3 doses of vaccine. It was found that the severity of the disease was still high.

**Keywords:** Coronavirus disease 2019 (COVID-19); Severity; Factor study

[*] Public Health Technical Officer, Professional Level, Debaratana Nakhonratchasima Hospital

[a] Corresponding author: Ronnayot Suwannakanya Email: ronnayot8515@gmail.com

***Received: Feb. 27, 25; Revised: Mar. 22, 25; Accepted: Mar. 22, 25; Published Online: Apr. 23, 25***

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) การติดเชื้อไวรัส COVID-19 สามารถทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่เล็กน้อยถึงระดับรุนแรง ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง ได้แก่ มีไข้ อ่อนเพลีย ไอแห้ง ปวดกล้ามเนื้อ คัดจมูก มีน้ำมูก เจ็บคอ หรืออาจจะมีถ่ายเหลวได้ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ภาวะหายใจล้มเหลว อาจถึงแก่ชีวิตได้ ระยะฟักตัวอยู่ในช่วง 2 วันถึง 14 วันหลังจากได้รับเชื้อ ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ จากการสัมผัสหรือคลุกคลีกับคนที่มีเชื้อในระยะใกล้ชิดประมาณ 1-2 เมตร โดยไวรัสสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้จากการหายใจ ผ่านละอองฝอย (Droplets) เมื่อผู้ติดเชื้อไอหรือจาม ละอองเข้าสู่ปากหรือจมูกผ่านเข้าไปในปอด[1] การระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม มีการประกาศปิดสถานประกอบการหลายแห่ง คนงานต้องหยุดงาน ขาดรายได้ เพราะป่วยหรือต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วย การจัดส่งสินค้าของสถานประกอบการจากพื้นที่ที่มีการระบาด อาจล่าช้าหรือถูกยกเลิกโดยมีหรือไม่มีการแจ้งล่วงหน้า ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามนิยามของกรมการแพทย์[2] แบ่งกลุ่มตามความรุนแรงของโรค ได้เป็น 4 กรณี ดังนี้

1) ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย (Mild disease) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือสบายดี ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือโรคร่วมสำคัญและภาพถ่ายรังสีปอดปกติ

2) ผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง (Moderate disease) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือ ผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีปอดอักเสบ (Pneumonia) เล็กน้อยถึงปานกลางยังไม่ต้องให้ Oxygen มี $SpO_2 \geq 94\%$ (Room air)

3) ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Severe disease) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรงและมีอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ ได้แก่ อัตราการหายใจ > 30 ครั้ง/นาที หรือมี Severe respiratory distress หรือมี $SpO_2 \leq 94\%$ (Room air)

4) ผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติ (Critical disease) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี ADRS หรือ Septic shock หรือมี Respiratory failure

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับโลก นับตั้งแต่มีการระบาดจนถึงวันที่ 2 มีนาคม 2568 พบผู้ป่วยสะสม 777,594,331 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 7,089,989 ราย[3] ประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมตั้งแต่เริ่มระบาด 4,682,132 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม 32,771 ราย[4] ส่วนจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยทั้งหมด 88,947 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 677 ราย[5] สถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 ภาพรวมระดับประเทศ แบ่งตามระยะของการระบาดเป็น 4 ระลอก[6] ได้แก่ 1) ระยะการระบาดในประเทศระลอกแรก (31 มกราคม-3 พฤษภาคม 2563) ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 รายแรก เป็นหญิงชาวจีน และวันที่ 31 มกราคม 2563 พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 คนไทยรายแรกที่ไม่มีประวัติเดินทางไปประเทศจีน 2) ระยะสถานการณ์การระบาดระลอกที่ 2 (15 ธันวาคม 2563-31 มีนาคม 2564) เกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาครซึ่งเป็นศูนย์กลางการค้าอาหารทะเลขนาดใหญ่

ของประเทศไทย 3) ระยะสถานการณ์การระบาดระลอกที่ 3 (1 เมษายน-31 ธันวาคม 2564) พบการระบาดในสถานบันเทิงหลายพื้นที่ ซึ่งมีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น กระจายหลายจังหวัด เชื่อมโยงกับสถานบันเทิง ผับ บาร์ คาราโอเกะ รวมถึง Cluster การระบาดใหม่ในย่านทองหล่อ-เอกมัย กรุงเทพมหานคร Cluster แคมป์คนงาน พบว่าเกิดการระบาดจากหลายสายพันธุ์ อาทิ สายพันธุ์อัลฟา (Alpha) สายพันธุ์เดลตา (Delta) สายพันธุ์เบต้า (Beta) 4) ระยะการระบาดในประเทศระลอกที่ 4 (1 มกราคม -1 กรกฎาคม 2565) การแพร่ระบาดหลักของระลอกนี้ คือ สายพันธุ์โอไมครอน และยังคงมีการกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ โอไมครอนย่อย แต่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะลดน้อยลงและได้ประกาศเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังแล้วก็ตาม แต่ในอนาคตอาจเกิดการอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำขึ้นได้ เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือการระบาดอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ ทันเหตุการณ์เพื่อลดอัตราป่วยอัตราตาย และลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย และปัจจัยด้านระบบการให้บริการรักษาพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคและพัฒนาระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคที่เกิดจากตัวผู้ป่วยและระบบการให้บริการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2564-31 ธันวาคม 2564 ระยะเวลา 1 ปี

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยเป็นการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และมีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา จำนวน 1,496 คน ในจังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2564 การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณขนาดของ Hsieh[7] ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}[P(1-P)/B]^{1/2} + Z_{1-\beta}[P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)(1-B)/B]^{1/2}\}^2}{[(P_1-P_2)^2(1-B)]}$$

$$P = (1-B)P_1 + BP_2$$

การคำนวณขนาดตัวอย่างพิจารณา จากปัจจัยความรุนแรงของผู้ป่วย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 อำนาจการทดสอบ 0.80 โดยใช้สัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เท่ากับ 0.23 สัดส่วนของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง มีค่าเท่ากับ 0.76 ซึ่งนำมาจากการศึกษาของ ธนสรณ์ ศรีใช้ประวัติ[8] เมื่อได้ขนาดตัวอย่างขั้นต้นทำการปรับขนาดตัวอย่างด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุระหว่างตัวแปร

การทำให้เกิดความรุนแรงของโรคกับตัวแปรอิสระอื่น ๆ เท่ากับ 0.8 เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างมากพอเนื่องจากจังหวัดนครราชสีมามีจำนวนประชากรมาก ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 267 ราย ตามสูตร

$$n_p = \frac{n_1}{(1 - \rho^2_{1.2.3...p})}$$

$n_1$ คือ ขนาดตัวอย่างขั้นต้นที่ได้จากปัจจัยเสี่ยงของการทำให้เกิดความรุนแรงของโรค

$n_\rho$ คือ ขนาดตัวอย่างที่ต้องการภายหลังจากการปรับด้วยค่า $\rho$

**เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพ**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาใช้แบบคัดลอกเวชระเบียนซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และนำไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูล ทำการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง สามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยได้ตรงตามวัตถุประสงค์ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล วิเคราะห์หาความยากง่าย มีค่าอยู่ระหว่าง 0.2-0.8 กำหนดค่าอำนาจจำแนกที่มีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไปและหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา โดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson สูตร 20 (KR-20) โดยค่าความเที่ยงรวมทุกข้อคำถามมีค่าเท่ากับ 0.85

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวมรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มกราคม-31 ธันวาคม 2564 ใช้แบบคัดลอกเวชระเบียน โดยแหล่งข้อมูลที่เก็บนำมาจากทะเบียนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย ระเบียนผู้ป่วยนอก ประวัติการรักษาในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล (HosXp) ระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Co-ward) ฐานข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด-19 (MOPH IC) แบบสอบสวนโรคเฉพาะรายประเภทผู้ป่วยนอก (Novel Corona-01) และแบบสอบสวนโรคเฉพาะรายประเภทผู้ป่วยใน (Novel Corona-02) โดยมีที่อยู่ขณะป่วยอยู่ในเขตจังหวัดนครราชสีมา

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาวิจัยโดยใช้โปรแกรม STATA 10.0 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล พฤติกรรมสุขภาพและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด-19 และวิเคราะห์ปัจจัยด้านระบบการให้บริการรักษาพยาบาล ได้แก่ ข้อมูลการเจ็บป่วย การตรวจหาการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธี RT-PCR การตรวจเอ็กซ์เรย์ปอด ระยะเวลาที่ทราบผลการตรวจ Nasopharyngeal swab (NPS) ระยะเวลาที่ได้เข้ารับการรักษา และการได้รับยาต้านไวรัส ใช้ค่าสถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละสำหรับนำเสนอข้อมูลแจงนับ ข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุด กรณีเป็นข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกตินำเสนอด้วยค่ามัธยฐาน (Median) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คราวละตัวแปรโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test หรือใช้สถิติ Fisher’s exact test

ใช้สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค ทีละตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์ลอจิสติกถดถอยอย่างง่าย (Simple logistic regression) หาค่า OR และช่วงความเชื่อมั่น 95% CI และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value<0.20 มาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์หลายตัวแปรโดยใช้สถิติถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) โดยการควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลคือเพศและใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) เพื่อให้ได้โมเดลที่ดีที่สุด

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 267 คน ผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิง. มีความรุนแรงของโรคมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 38.0 และ 36.3 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 41.38 ปี (Median=39; Min=15; Max=82) ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรุนแรง ร้อยละ 60.0 ผู้ที่มีอาชีพรับจ้าง มีความรุนแรง ร้อยละ 28.0 ผู้ที่มีสถานภาพการสมรสคู่ มีความรุนแรง ร้อยละ 49.6 ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังเป็นเบาหวาน มีความรุนแรง ร้อยละ 65.8 รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา

| ข้อมูลทั่วไป | รุนแรง (n=89) | ไม่รุนแรง (n=178) | p-value |
|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | |
| เพศ | | | 0.053 |
| ชาย | 29 (36.3) | 80 (72.7) | |
| หญิง | 60 (38.0) | 98 (62.0) | |
| อายุ (ปี) | $\bar{x}$=41.38; SD=16.69; Median=39; Min=15; Max=82 | | 0.001* |
| 15-19 | 2 (10.5) | 7 (89.5) | |
| 20-29 | 11 (18.0) | 50 (82.0) | |
| 30-39 | 11 (19.6) | 45 (80.4) | |
| 40-49 | 20 (42.6) | 27 (57.4) | |
| 50-59 | 18 (46.1) | 21 (53.9) | |
| 60 ปีขึ้นไป | 27 (60.0) | 18 (40.0) | |
| สถานภาพการสมรส | | | 0.001* |
| โสด | 32 (21.1) | 120 (78.9) | |
| คู่ | 57 (49.6) | 58 (50.4) | |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนครราชสีมา

| ข้อมูลทั่วไป | รุนแรง (n=89) | ไม่รุนแรง (n=178) | p-value |
|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | |
| อาชีพ | | | 0.010* |
| เกษตรกรรม | 3 (75.0) | 1 (25.0) | |
| ข้าราชการ | 1 (14.3) | 6 (85.7) | |
| รับจ้าง | 49 (28.0) | 126 (72.0) | |
| ค้าขาย | 7 (43.7) | 9 (56.3) | |
| งานบ้าน | 23 (57.5) | 17 (42.5) | |
| นักเรียน/นักศึกษา | 4 (25.0) | 12 (75.0) | |
| ว่างงาน | 2 (22.2) | 7 (77.8) | |
| โรคประจำตัวเรื้อรัง | | | 0.001* |
| โรคความดันโลหิตสูง | 36 (58.1) | 26 (41.9) | |
| โรคหอบหืด | 2 (40.0) | 3 (60.0) | |
| โรคหัวใจ | 2 (33.3) | 4 (66.7) | |
| โรคเบาหวาน | 25 (65.8) | 13 (34.2) | |
| ภาวะไขมันในเลือดสูง | 5 (41.7) | 7 (58.3) | |

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านตัวผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง**

จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โรคประจำตัวเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การได้รับวัคซีนโควิด-19 การได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง

| ปัจจัยเสี่ยง | Severe | Non-Severe | Crude OR | 95% CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| **ลักษณะส่วนบุคคล** | | | | | |
| เพศ | | | | 0.99-2.86 | 0.053 |
| หญิง | 60 | 98 | 1.68 | | |
| ชาย | 29 | 80 | 1.00 | | |

**ตารางที่ 2** (ต่อ) การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย พฤติกรรมสุขภาพและการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง

| ปัจจัยเสี่ยง | Severe | Non-Severe | Crude OR | 95% CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| อายุ (ปี) $\bar{x}$=41.38; SD=16.69; Median=39; Min=15; Max=82 | | | | 2.00-7.47 | 0.001* |
| ≥ 60 | 27 | 18 | 3.87 | | |
| < 60 | 62 | 160 | 1.00 | | |
| โรคประจำตัวเรื้อรัง | | | | 2.54-7.66 | 0.001* |
| มี | 47 | 36 | 4.41 | | |
| ไม่มี | 42 | 142 | 1.00 | | |
| โรคความดันโลหิตสูง | | | | 2.20-7.16 | 0.001* |
| มี | 36 | 26 | 3.97 | | |
| ไม่มี | 53 | 152 | 1.00 | | |
| โรคเบาหวาน | | | | 2.41-10.17 | 0.001* |
| มี | 25 | 13 | 4.95 | | |
| ไม่มี | 64 | 165 | 1.00 | | |
| การได้รับวัคซีนโควิด-19 | | | | 1.74-4.98 | 0.001* |
| ได้รับ | 56 | 65 | 2.95 | | |
| ไม่ได้รับ | 33 | 113 | 1.00 | | |
| การได้รับวัคซีนโควิด-19 3 เข็ม | | | | | |
| ได้รับ | 14 | 3 | 10.88 | 3.24-36.34 | 0.001* |
| ไม่ได้รับ | 75 | 175 | 1.00 | | |

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านระบบบริการรักษาพยาบาล**

จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากปัจจัยด้านระบบบริการรักษาพยาบาล พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ อาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก ปวดกล้ามเนื้อ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ถ่ายเหลว อ่อนเพลีย จำนวนวันที่ทราบผลการตรวจพบเชื้อ (RT-PCR) นับจากวันเริ่มป่วย ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ผลการตรวจเอ็กซ์เรย์ปอด (CXR) มีเงาฝ้าขาว และการได้รับยาต้านไวรัส (Favipiravir) รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากปัจจัยด้านระบบบริการรักษาพยาบาล

| ปัจจัยเสี่ยง | Severe | Non-Severe | Crude OR | 95% CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| อาการไอ | | | | 3.17-10.77 | 0.001* |
| มีอาการ | 73 | 78 | 5.84 | | |
| ไม่มีอาการ | 16 | 100 | 1.00 | | |
| เจ็บคอ | | | | 1.06-3.14 | 0.029* |
| มีอาการ | 34 | 45 | 1.82 | | |
| ไม่มีอาการ | 55 | 133 | 1.00 | | |
| มีน้ำมูก | | | | 1.12-3.61 | 0.017* |
| มีอาการ | 28 | 33 | 2.01 | | |
| ไม่มีอาการ | 61 | 145 | 1.00 | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ | | | | 1.03-4.26 | 0.040* |
| มีอาการ | 17 | 18 | 2.09 | | |
| ไม่มีอาการ | 72 | 160 | 1.00 | | |
| จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส | | | | 1.51-5.60 | 0.001* |
| มีอาการ | 24 | 20 | 2.91 | | |
| ไม่มีอาการ | 65 | 158 | 1.00 | | |
| ถ่ายเหลว | | | | 2.22-20.55 | 0.001* |
| มีอาการ | 12 | 4 | 6.77 | | |
| ไม่มีอาการ | 77 | 174 | 1.00 | | |
| อ่อนเพลีย | | | | 2.27-105.8 | 0.001* |
| มีอาการ | 10 | 2 | 11.13 | | |
| ไม่มีอาการ | 79 | 176 | 1.00 | | |
| จำนวนวันที่ทราบผลการตรวจพบเชื้อ (RT-PCR) นับจากวันเริ่มป่วย | | | | 1.13-5.01 | 0.021* |
| ≥ 3 วัน | 16 | 16 | 2.38 | | |
| < 3 วัน | 73 | 73 | 1.00 | | |
| $\bar{x}$=2.79; SD=2.38; Median=2; Min=1; Max=15 | | | | | |
| ผลการตรวจเอ็กซ์เรย์ปอด | | | | 4.67-35.06 | 0.001* |
| พบเงาฝ้าขาว | 87 | 111 | 12.82 | | |
| ไม่พบเงาฝ้าขาว | 2 | 67 | 1.00 | | |
| การได้รับ Favipiravir | | | | 3.54-123.8 | 0.001* |
| ได้รับ | 87 | 134 | 14.28 | | |
| ไม่ได้รับ | 2 | 44 | 1.00 | | |

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05

**การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุโดยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุโลจิสติก พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การมีโรคประจำตัวเรื้อรังเป็นเบาหวาน ($OR_{adj}$=4.48; 95% CI=1.10-2.82) การได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม ($OR_{adj}$=4.29; 95% CI=1.71-4.59) มีอาการไอ ($OR_{adj}$=5.45; 95% CI=1.29-2.75) รายละเอียดดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

| ปัจจัยเสี่ยง | Crude OR | Adjusted OR | 95% CI | p-value |
|---|---|---|---|---|
| เพศ | | | 0.25-0.99 | 0.243 |
| หญิง | 1.68 | 1.17 | | |
| ชาย | 1.00 | 1.00 | | |
| โรคประจำตัวเบาหวาน | | | 1.10-2.82 | 0.001* |
| มี | 4.95 | 4.48 | | |
| ไม่มี | 1.00 | 1.00 | | |
| ได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม | | | 1.71-4.59 | 0.001* |
| ได้รับ | 10.88 | 4.29 | | |
| ไม่ได้รับ | 1.00 | 1.00 | | |
| อาการไอ | | | 1.29-2.75 | 0.001* |
| มีอาการ | 5.84 | 5.45 | | |
| ไม่มีอาการ | 1.00 | 1.00 | | |

* มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value<0.05; Goodness-of-fit=0.351; เพศเป็นตัวแปรควบคุม

## บทสรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดจากปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุและโรคประจำตัวเรื้อรัง พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มผู้ป่วยเพศหญิงมีความรุนแรงมากกว่าชาย คิดเป็นร้อยละ 59.2 และ 40.8 ตามลำดับ โดยเพศหญิงมีความรุนแรงมากกว่าชาย 1.68 เท่า ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคเบาหวาน 4.48 เท่า (95%CI=1.10-2.82) สอดคล้องกับการศึกษาของ Martono[9] ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศอินโดนีเซีย พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวเบาหวานมีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวเบาหวาน 3.68 เท่า (95%CI=3.68-5.03) สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang[10] ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศจีน พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคโดยผู้ที่มีโรคประจำตัวเบาหวานมีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวเบาหวาน 2.06 เท่า (95% CI=1.46-2.91) สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช จตุราบัณฑิต[11] ที่ได้ศึกษาปัจจัยทำนายระดับ

ความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง 13.73 เท่า (95% CI=7.68-24.53) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sardinha[12] ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศบราซิล ซึ่งพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน มีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวเบาหวาน 4.21 เท่า (95%CI=3.85-4.60) สอดคล้องกับการศึกษาของ St. Sauver[13] ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน ซึ่งพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวเบาหวานมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน มีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวเบาหวาน 1.38 เท่า (95%CI=1.13-1.69)

ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มักจะมีอาการรุนแรงกว่าคนปกติทั่วไป โดยมักจะมีอาการปอดอักเสบมากกว่าคนปกติ 2 เท่า และมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่า 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวเบาหวาน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชื้อไวรัสจะทำให้เบตาเซลล์ของตับอ่อนเสียหาย เกิดการกระตุ้นการหลั่งสารอักเสบส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เมื่อน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นควบคุมไม่ได้จะเกิดการลดการตอบสนองของเม็ดเลือดขาว ส่งผลให้การติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความรุนแรงขึ้นอีก[14]

ปัจจัยเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค (OR=2.02, 95%CI=0.19-100.72) ปัจจัยเสี่ยงด้านการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค (OR=2.02, 95% CI=0.35-11.65) ปัจจัยเสี่ยงด้านการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค (OR=1.02, 95%CI=0.58-1.82) อาการและอาการแสดงอาการไอ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้ป่วยที่มีอาการไอมีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการไอ 5.45 เท่า (95%CI=1.29-2.75) สอดคล้องกับการศึกษาของพิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์[15] ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งพบว่าอาการไอมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยที่มีอาการไอ มีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการไอ 1.90 เท่า (95% CI=1.20-3.02) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sardinha[12] ที่ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศบราซิล ซึ่งพบว่าอาการไอมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยที่มีอาการไอ มีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ไม่มีอาการไอ 1.23 เท่า (95% CI=1.13-1.34)

ลักษณะอาการไอในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มักไม่มีน้ำลาย ไม่มีเสมหะ มีอาการไอรุนแรงมากขึ้นในช่วงเวลากลางคืน อาจมีอาการระคายคอหรือมีเสียงแหบ หากมีอาการหอบเหนื่อยร่วมด้วยแสดงถึงเริ่มมีการอักเสบของปอด เมื่อเซลล์ปอดเกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการเบื้องต้นคล้ายกับโรคไข้หวัดใหญ่ เกิดอาการที่ไม่จำเพาะ ได้แก่ มีไข้ ไอแห้ง หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ โดยอาการของโรคอาจมีได้ตั้งแต่ระดับไม่แสดงอาการ มีอาการระดับน้อย ปานกลาง จนถึงขั้นรุนแรงเสียชีวิต

ได้ ผู้ป่วยมักไม่ค่อยมีอาการทางระบบหายใจส่วนบน เช่น เจ็บคอ มีน้ำมูก แต่จะมีอาการไอและอาการปอดอักเสบและไม่ค่อยมีอาการอุจจาระร่วง แสดงให้เห็นว่าเชื้อจะก่อโรคได้ดีในเซลล์เยื่อบุหายใจส่วนล่าง แต่ไม่ไปก่อโรคในเซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร [16]

ปัจจัยด้านการได้รับวัคซีนโควิด-19 พบว่าการได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรค โดยผู้ที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 3 เข็ม มีความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ตั้งแต่ 4 เข็มขึ้นไป 4.29 เท่า (OR=4.29, 95% CI=1.71-4.59) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถลดความรุนแรงของอาการป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตได้ สามารถป้องกันการป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลได้สูงร้อยละ 92 การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็มที่ 4 มีความจำเป็นต่อการเพิ่มประสิทธิผลในการป้องกันการป่วยรุนแรงและการเสียชีวิตจากโควิด-19 โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงวัยหรือผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ จากการศึกษาพบว่าการได้รับวัคซีนเข็มที่ 4 มีประสิทธิผลต่อการเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ[17] กระทรวงสาธารณสุขได้แนะนำประชาชนให้มารับวัคซีนเข็มที่ 4 เป็นอย่างต่ำ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันซึ่งสามารถป้องกันการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง และป้องกันการเสียชีวิตได้ การฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น (Booster dose) เป็นการฉีดวัคซีนซ้ำหลังได้รับวัคซีนชุดแรกเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันให้สูงขึ้น เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ ผู้ที่ได้รับวัคซีนชุดแรกแล้วควรได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็มที่ 3 และเข็มที่ 4 โดยการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 เว้นระยะห่าง 3 เดือนจากเข็มที่ 2 และฉีดวัคซีนเข็มที่ 4 เว้นระยะห่างจากเข็มที่ 3 เป็นระยะเวลา 4 เดือน ซึ่งสามารถลดความรุนแรงจากภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตได้[18]

**ข้อเสนอแนะจากการวิจัย**

การสร้างความมั่นใจความปลอดภัยของการได้รับวัคซีน โดยการให้ความรู้ในประชาชนทั่วไปผ่านสื่อต่าง ๆ ในการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น เข็มที่ 4 โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่ม 608 ควรได้รับการฉีดกระตุ้นต่อเนื่องทุกปีๆละ 1 ครั้ง เมื่อมีอาการป่วยโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการไอ ควรรีบตรวจหาเชื้อด้วยตนเอง (Self-ATK) และเข้ารับการรักษาโดยเร็วซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความรุนแรงของโรค สถานบริการควรมีการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ได้คุณภาพ มาตรฐาน มีความสะดวกรวดเร็ว ปลอดภัย ควรมีการเฝ้าระวังการระบาดของโรค ติดตามการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เพื่อเตรียมพร้อมรองรับการเกิดโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำในอนาคต ผู้ป่วยควรได้รับตรวจคัดกรองในชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน เพื่อลดอัตราป่วยตาย และลดความรุนแรงของโรค

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชวศักดิ์ กนกกันฑพงษ์ ผู้อำนวยการ รพ.เทพรัตน์นครราชสีมา ที่ให้คำแนะนำและอนุญาตให้ใช้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย ขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิก ARI หอผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยเหลือให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ: 2567 ตุลาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/G42_1.pdf
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650712140709PM_CPG_COVID-19_v.24.1.n_20220711.pdf
3. World Health Organization. WHO COVID-19 dashboard [Internet]. 2025 [cited 2025 March 20]. Available from: https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=o
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COIVD-19 อัพเดทรายวัน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: https://public.tableau.com/views/SATCOVIDDashboard/1-dash-tiles?:showVizHome=no
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วย COIVD-19 ภายในประเทศ รายสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=province
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการถอดบทเรียนการเตรียมความพร้อมรองรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับเขตสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มีนาคม 20]. เข้าถึงได้จาก: https://mahidol.ac.th/documents/covid19.pdf
7. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998 Jul 30;17(14):1623-34. doi: 10.1002/(sici)1097-0258(19980730)17:14<1623::aid-sim871>3.0.co;2-s.
8. ธนสรณ์ ศรีใช้ประวัติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2566;19(1):47-60.
9. Martono, Fatmawati F, Mulyanti S. Risk Factors Associated with the Severity of COVID-19. Malays J Med Sci. 2023 Jun;30(3):84-92. doi: 10.21315/mjms2023.30.3.7. Epub 2023 Jun 27. PMID: 37425387; PMCID: PMC10325129.
10. Zhang T, Huang WS, Guan W, Hong Z, Gao J, Gao G, Wu G, Qin YY. Erratum to risk factors and predictors associated with the severity of COVID-19 in China: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. J Thorac Dis. 2021 Jan;13(1):503-504. doi: 10.21037/jtd-2021-06. Erratum for: J Thorac Dis. 2020 Dec;12(12):7429-7441. doi: 10.21037/jtd-20-1743.

11. นงนุช จตุราบัณฑิต. ปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดพังงา. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2565;53(27):409-19.
12. Sardinha DM, do Socorro Pompeu de Loiola R, Ferreira ALDS, de Sá CAF, Rodrigues YC, Lima KVB, E Guimarães RJPS, Lima LNGC. Risk factors associated with the severity of COVID-19 in a region of the Brazilian Amazon. Sci Rep. 2021 Oct 18;11(1):20569. doi: 10.1038/s41598-021-00009-y.
13. St Sauver JL, Lopes GS, Rocca WA, Prasad K, Majerus MR, Limper AH, Jacobson DJ, Fan C, Jacobson RM, Rutten LJ, Norman AD, Vachon CM. Factors Associated With Severe COVID-19 Infection Among Persons of Different Ages Living in a Defined Midwestern US Population. Mayo Clin Proc. 2021 Oct;96(10):2528-2539. doi: 10.1016/j.mayocp.2021.06.023.
14. Verma AK, Beg MMA, Bhatt D, Dev K, Alsahli MA, Rahmani AH, Goyal Y. Assessment and Management of Diabetic Patients During the COVID-19 Pandemic. Diabetes Metab Syndr Obes. 2021 Jul 8;14:3131-3146. doi: 10.2147/DMSO.S285614.
15. พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2565;29(3):61-76.
16. แพทยสภา. ความรู้ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ สำหรับแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2567 ตุลาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowlege-26.pdf
17. ศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ผลการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 4 ในชั้นผิวหนังและกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [อ้างเมื่อ 2567 ตุลาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: https://sicres.org/2023/02/03
18. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. การฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้น [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [อ้างเมื่อ 2567 ตุลาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowlege-172.pdf

# ปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา: การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง

**ธมนวรรณ หนองหว้า[*], ลำพึง วอนอก[**a]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการดำเนินโรคไตวายเรื้อรังและเพื่อระบุปัจจัยเสี่ยงและความสัมพันธ์กับการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง 375 คน สุ่มอย่างเป็นระบบจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วยโมเดลเชิงเส้น โดยกำหนดตัวแปรตามให้มีการแจกแจงแบบทวินาม และกำหนดให้ Link function เป็นแบบ Logarithmic แสดงผลลัพธ์ในรูปแบบ Exponentiated form จะได้ค่าสัมประสิทธิ์ในรูปแบบ Risk ratio (RR) โดยปรับแก้เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนแล้วนำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วยอัตราเสี่ยง ($RR_{adj}$) ประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95%CI) และค่า p-value ที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบอุบัติการณ์การเกิดไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ร้อยละ 13.07 (95%CI=10.03-16.86) ปัจจัยเสี่ยงและความสัมพันธ์ต่อการดำเนินโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 โดยการควบคุมตัวแปรระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ไขมัน HDL และยาลดระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) อายุมากกว่า 70 ปี มีโอกาสเสี่ยง 1.16 เท่า ($RR_{adj}$=1.16, 95%CI=1.05-1.32); 2) HDL<40 mg% มีโอกาสเสี่ยง 1.26 เท่า ($RR_{adj}$=1.26, 95% CI=1.122-1.41); 3) Microalbumin≥30 mg/g มีโอกาสเสี่ยง 1.43 เท่า ($RR_{adj}$=1.43, 95%CI=1.25-1.61); 4) SBP≥140 mmHg มีโอกาสเสี่ยง 1.22 เท่า ($RR_{adj}$=1.22, 95% CI=0.99-1.35); 5) DBP<90 mmHg มีโอกาสเสี่ยง 1.47 เท่า ($RR_{adj}$=1.47, 95%CI=1.24-1.76) จากผลการศึกษาดังกล่าว คลินิกโรคไตควรพัฒนารูปแบบการดูแลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อลดความเสี่ยงในการดำเนินโรคสู่ระยะที่ 4 เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง

**คำสำคัญ**: ปัจจัยเสี่ยงการดำเนินโรคไตวายเรื้อรัง; ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยที่ 3; ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

[*] นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[**] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[a] Corresponding author: ลำพึง วอนอก Email: lampung@scphkk.ac.th

***รับบทความ: 9 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 23 มี.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 23 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 21 เม.ย. 68***

# Risk Factors for Progression from Stage 3 to Stage 4 Chronic Kidney Disease in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus at Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima Province: A Retrospective Cohort Study

**Thamonwan Nongwa[*], Lampung Vonok[**a]**

## Abstract

The objectives of this retrospective cohort study were to examine incidence of chronic kidney disease (CKD) progression and identify risk factors associated with the progression from stage 3 to stage 4 of CKD in type 2 diabetes patients at Phimai hospital, Nakhon Ratchasima province. Samples were 375 patients randomized from the medical records. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics with a linear model, setting the dependent variable with a binomial distribution and a logarithmic link function. Results were presented in exponentiated form, yielding coefficients as risk ratios (RR), adjusted for confounding variables, with adjusted risk ratios ($RR_{adj}$), 95% confidence intervals (95%CI) with p-values of 0.05 significance level.

The incidence of stage 4 CKD was 13.07% (95%CI=10.03-16.86). After controlling for blood glucose levels, glycated hemoglobin, HDL, and hypoglycemic meds, significant risk factors for progression from stage 3 to stage 4 CKD were: 1) age over 70 years, 1.16 times increased risk ($RR_{adj}$=1.16, 95%CI=1.05-1.32); 2) HDL<40 mg%, 1.26 times increased risk ($RR_{adj}$=1.26, 95% CI=1.12-1.41); 3) Microalbumin≥30 mg/g, 1.43 times increased risk ($RR_{adj}$=1.43, 95% CI=1.25-1.61); 4) SBP≥140 mmHg, 1.22 times increased risk ($RR_{adj}$=1.22, 95%CI=0.99-1.35); and 5) DBP<90 mmHg, 1.47 times increased risk ($RR_{adj}$=1.47, 95%CI=1.24-1.76). From the findings, kidney clinics should develop participatory care models to reduce the risks of progression to stage 4 CKD and to monitor high-risk patients with CKD.

**Keywords:** Chronic kidney disease risk factors; Patient with stage 3 chronic kidney disease; Type 2 diabetes patients

---

[*] Master of Public Health Candidate, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen Faculty Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[**] Instructor, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen , Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

[a] Corresponding author: Lampung Vonok Email: lampung@scphkk.ac.th

***Received: Mar. 9, 25; Revised: Mar. 23, 25; Accepted: Mar. 23, 25; Published Online: Apr. 21, 25***

## บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก[1] พบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั่วโลกมากกว่า 850 ล้านคน โดยพบความชุกในยุโรปตะวันออกและยุโรปกลาง (ร้อยละ 12.8) รองลงมาคือทวีปอเมริกาเหนือและแคริบเบียน (ร้อยละ 11.36) ในประเทศไทย[2] พบว่าเขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมากที่สุด จำนวน 146,932 คน รองลงมาคือเขตสุขภาพที่ 7 และ 8 จำนวน 106,282 คน และ 104,472 คน ตามลำดับ โรคไตเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ติดอันดับ 1 ใน 10 ของโลก[3] ประเทศไทย พบว่าอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 14.24 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2559 เป็น 16.49 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2563 เฉลี่ยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 10,000 คนต่อปี โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[4] โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่ไตถูกทำลายเป็นเวลานานเกินกว่า 3 เดือน ส่งผลให้การทำงานลดลงและกระทบต่อสมดุลของร่างกายในหลายระบบ เช่น ภาวะยูรีเมีย ภาวะกรดด่างไม่สมดุล และเกลือแร่ในร่างกายเสียสมดุล เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต[5] ซึ่งมี 3 วิธี ได้แก่ การปลูกถ่ายไต การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (HD) และ การล้างไตทางช่องท้อง (PD)

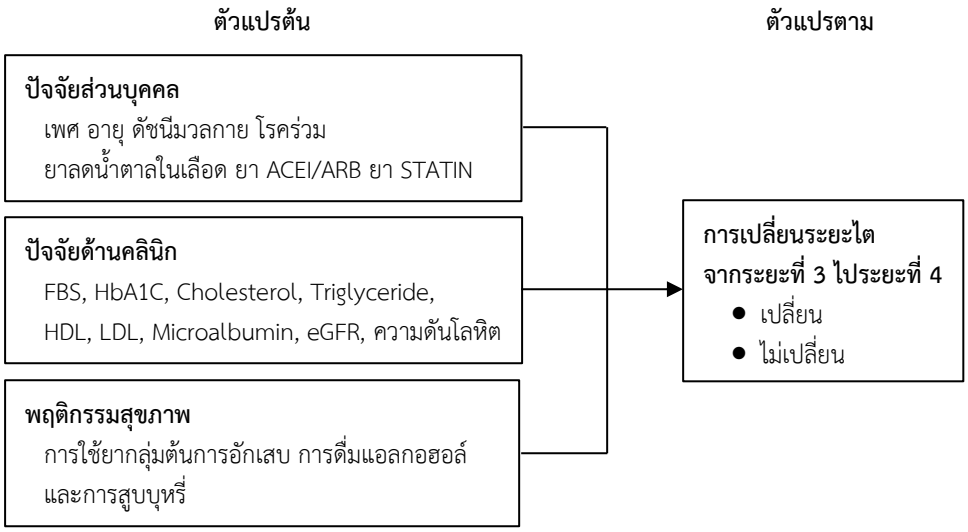
ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ร้อยละ 10-40 เป็นสาเหตุหลักที่กลายมาเป็นโรคไตวายเรื้อรัง และเบาหวานชนิดที่ 1 พบร้อยละ 30 จากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมีผลให้เกิดความเสียหายต่อเส้นเลือดฝอยในโกลเมอรูลัส (Glomerulus) เมื่อเวลาผ่านไปนานหลายปี ทำให้โกลเมอรูลัสไม่สามารถกรองของเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้โปรตีนรั่วออกมากับปัสสาวะ ก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง และเพิ่มความเสื่อมของไตมากขึ้น[6] ในรายที่มีโปรตีนในปัสสาวะร้อยละ 11 จะมีการพัฒนาโรคไตวายเรื้อรังภายใน 10 ปี[4] ผลการศึกษาความชุกของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานในจังหวัดกำแพงเพชร พบมากถึงร้อยละ 33.8[7] ผู้ป่วยโรคเบาหวาน อายุ ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง[4] ผลการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมีโรคร่วมทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 46.67 และมีอายุมากกว่า 70 ปี และป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากกว่า 10 ปี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดไตวายเรื้อรัง[8] ผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตพบว่า อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ระดับ BUN Creatinine และ Albumin Urine เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)[9]

จากข้อมูลโรงพยาบาลพิมาย 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2564-2566) พบแนวโน้มผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 48.86 เป็น 58.64 เป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือการชะลอภาวะไตเสื่อมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ถ้าทราบปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินโรคจะสามารถนำมาวางแผนและปรับโปรแกรมการให้บริการให้เหมาะสมกับบริบท จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลยิ่งขึ้นสามารถชะลอการเปลี่ยนระยะของโรคได้

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินของโรคไตเรื้อรังได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย โรคเบาหวานและโรคร่วมต่าง ๆ การได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ยาลดความดันโลหิตสูงและลดการรั่วของโปรตีนในปัสสาวะ ยาป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ปัจจัยด้านคลินิก เช่น FBS, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL, Microalbumin, eGFR, ความดันโลหิต ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขการใช้ยากลุ่มต้านการอักเสบ การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ผู้วิจัยจึงได้นำมาสรุปเป็นกรอบวิจัยดังรายละเอียดตามภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วัตถุประสงค์การวิจัย:**

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

**คำถามการวิจัย** อุบัติการณ์การดำเนินโรคไตเป็นเท่าใด ปัจจัยใดบ้างเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวและโรคร่วม ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
2. ปัจจัยในด้านคลินิกประกอบด้วย FBS, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL, Microalbumin, eGFR และความดันโลหิต เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. ปัจจัยพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่นประวัติการใช้ยากลุ่มต้านการอักเสบ (NSAIDs) การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ในรูปแบบ Retrospective cohort study

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ในระหว่าง 1 มกราคม พ.ศ. 2562-31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 2,584 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 375 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร (Cohort study) ดังนี้

$$\frac{2(Z_\alpha+Z_\beta)^2\bar{P}(1-\bar{P})}{(P_c-P_t)^2} \qquad \text{โดย } \bar{P}=\frac{(P_c+P_t)}{2}$$

ผู้วิจัยใช้ค่า $P_t$, $P_c$ และ $\bar{P}$ อ้างอิงจากงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตวายระยะที่ 3 และ 4 ของ โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 349 คน[11] กำหนดระดับนัยสำคัญ ($\alpha$) 0.05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ 90% ($\beta$) 0.1

เมื่อแทนค่าในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 129 คน และได้ปรับขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างที่ Variance Inflation Factor (VIF)=2.50 ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 323 คน เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในฐานข้อมูลมีอย่างเพียงพอต่ออำนาจการทดสอบ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 375 ราย โดยเรียงตามลำดับเลข ID ที่กำหนดจากน้อยไปมาก จากเวชทะเบียนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในคลินิกโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลพิมาย ตามเกณฑ์การคัดเข้า

**เกณฑ์การคัดเข้า:** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา มีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านคลินิก และข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพครบถ้วน อยู่ตลอดการศึกษาและถูกบันทึกไว้ในระบบข้อมูลการรักษาครบถ้วน

**เกณฑ์การคัดออก:** ผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเฉียบพลันหรือไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไป ณ เวลาที่เริ่มต้นการศึกษา หรือผู้ป่วยที่ได้รับได้รับการบำบัดทดแทนไตระหว่างการศึกษา

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย:** โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลและเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรม HOSXP ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ประกอบด้วยตัวแปร 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวและโรคร่วม ยาที่ใช้ในการรักษาควบคุมน้ำตาลในเลือด ยา ACEI/ARB ยา Statin 2) ปัจจัยด้านคลินิก ประกอบด้วย ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL, Microalbumin และ ค่าความดันโลหิต 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การใช้ยากลุ่มต้านการอักเสบ (NSAIDs) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1) สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเสี่ยง เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลและนำเสนออุบัติการณ์ของการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4

2) สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดียวตัว ใช้สถิติ Crude Risk Ratio (RR) วิเคราะห์ความสัมพันธ์พหุตัวและสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วยโมเดลเชิงเส้น Generalized Linear Model (GLM) และกำหนดให้มีการแจกแจงแบบ Binomial distribution สำหรับตัวแปรตาม และกำหนดให้ Link function เป็นแบบ Logarithmic ซึ่งแสดงผลลัพธ์ในรูปแบบ Exponentiated form จะได้ค่าสัมประสิทธิ์ที่ได้อยู่ในรูปของ (Risk ratio: RR) ซึ่งค่าขนาดของอัตราส่วนความเสี่ยงที่ได้มีการปรับแก้เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวนเรียบร้อยแล้ว จึงนำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วยอัตราเสี่ยง (Adjusted risk ratio: $RR_{adj}$) และการประมาณค่าช่วงเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และค่า p-value ที่ระดับ 0.05

**การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย:** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (ICH GCP) เลขที่ SCPHKK.HE671121 วันที่ 9 มกราคม 2568 ผู้วิจัยขอทำหนังสือจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (ICH GCP) เลขที่ SCPHKK.HE671121 วันที่ 9 มกราคม 2568 เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอทำหนังสือจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมายเพื่อขอใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ภายใต้การควบคุมของหัวหน้ากลุ่มงานสารสนเทศเป็นผู้ถ่ายโอนข้อมูลตามที่ผู้วิจัยได้ขอใช้ เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน โดยตัดชื่อนามสกุล รหัสบัตรประจำตัวประชาชน เลขที่โรงพยาบาล และที่อยู่ของผู้ป่วยออกไป โดยให้รหัสใหม่เรียงตามลำดับแทน เมื่อผู้วิจัยได้รับข้อมูลได้ดำเนินการเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์โดยกำหนดรหัสผ่านก่อนใช้งานซึ่งมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และเมื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำเสนอเป็นภาพรวมซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลได้

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 375 ราย เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.07 อายุเฉลี่ย 68.92±8.41 ปี โดยร้อยละ 52.53 มีอายุน้อยกว่า 70 ปี มี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.59±4.32 กก./ม.$^2$ โดยร้อยละ 43.51 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 72.92 มีโรคร่วมเป็นมากกว่า 3 โรคคือโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคอื่น ได้รับการรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือดร้อยละ 87.47 ได้ยารับยา ACEI/ARB เพื่อลดความดันโลหิตและชะลอภาวะไตเสื่อมร้อยละ 55.73 ได้รับยา Statin ร้อยละ 85.60

**วัตถุประสงค์ที่ 1** เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ของการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ใน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

จากตารางที่ 1 พบว่าอุบัติการณ์การดำเนินไตเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 13.07 (95%CI of Percentage=10.03-16.86)

**ตารางที่ 1** อุบัติการณ์การของการดำเนินโรคไตเรื้อรังจากระยะที่3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ดังรายละเอียด (n=375)

| การดำเนินโรคไต | จำนวน | ร้อยละ | 95%CI of Percentage |
|---|---|---|---|
| ระยะที่ 3 (30-59ml/min/1.73m$^2$ (พ.ศ. 2562) | 326 | 86.93 | 83.14-89.97 |
| ระยะที่ 4 (15-29 ml/min/1.73m$^2$ (พ.ศ. 2566) | 49 | 13.07 | 10.03-16.86 |

**วัตถุประสงค์ที่ 2** ปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

ผลการศึกษาจากตารางที่ 2 โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเดี่ยว (Bivariable analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ<0.05 ได้แก่ 1) อายุมากกว่า 70 ปี มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 1.16 เท่า ($RR_{Crude}$=1.16, 95%CI=1.00-1.18, p-value=0.043); 2) FBS≥130 mg% มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 1.09 เท่า ($RR_{Crude}$ 1.09, 95%CI=1.01-1.18, p-value=0.043); 3) FBS≥130 mg% ตั้งแต่เริ่มต้นศึกษามีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 1.13 เท่า ($RR_{Crude}$ 1.13, 95%CI=1.00-1.27, p-value=0.043); 4) Microalbumin>30 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 1.20 เท่า $RR_{Crude}$=1.20, 95%CI=1.11-1.28, p-value<0.001 ); 5) SBP (เริ่มต้นศึกษาปี พ.ศ. 2562) ระดับ SBP>140 mmHg มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 1.35 เท่า ($RR_{Crude}$=1.35, 95%CI=1.16-1.54, p-value<0.001) และ 6) HDL<40 mg/dl มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 1.14 เท่า ($RR_{Crude}$=1.14, 95%CI=1.02-1.26, p-value=0.021)

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเดี่ยวปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (n=375)

| ปัจจัย | จำนวน | การเปลี่ยนจากระยะ 3 ไป 4 | | Crude RR | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | เปลี่ยน n (%) | ไม่เปลี่ยน n (%) | | | |
| **เพศ** | | | | | | |
| ชาย | 131 | 16 (12.21) | 115 (87.79) | 0.99 | 0.91-1.07 | 0.715 |
| หญิง | 244 | 33 (13.52) | 211 (86.48) | | | |
| **อายุ** | | | | | | |
| ≥70 ปี | 178 | 30 (16.85 ) | 16 (83.15) | 1.09 | 1.01-1.18 | 0.043 |
| <70 ปี | 197 | 19 (9.64 ) | 178 (90.36) | | | |

**ตารางที่ 2** (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเดี่ยวปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (n=375)

| ปัจจัย | จำนวน | การเปลี่ยนจากระยะ 3 ไป 4 | | Crude RR | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | เปลี่ยน n (%) | ไม่เปลี่ยน n (%) | | | |
| **ส่วนสูง** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| ส่วนสูง<156 cm | 176 | 22 (12.50) | 154 (87.50) | 0.99 | 0.91-1.07 | 0.759 |
| ส่วนสูง≥156 cm | 199 | 27 (13.57) | 172 (86.43) | | | |
| **น้ำหนัก** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| <55 kg | 210 | 26 (12.38 ) | 184 (87.62) | 0.98 | 0.91-1.06 | 0.659 |
| ≥55 kg | 165 | 23 (13.94 ) | 142 (86.03) | 1 | | |
| **ดัชนีมวลกาย** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| <25 kg/$m^2$ | 181 | 20 (11.05) | 161 (88.95) | 0.96 | 0.87-1.04 | 0.297 |
| ≥25 kg/$m^2$ | 194 | 29 (14.95) | 165 (85.05) | 1 | | |
| **ดัชนีมวลกาย** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | |
| <25 kg/$m^2$ | 203 | 24 (12.81) | 179 (88.18) | 0.97 | 0.89-1.05 | 0.389 |
| ≥25 kg/$m^2$ | 172 | 25 (14.53 ) | 147 (85.47) | 1 | | |
| **โรคประจำตัว** | | | | | | |
| DM, HT | 103 | 15 (14.56) | 86 (85.44) | 1.03 | 0.94-13 | 0.506 |
| DM/HT/HD/Lipidemia | 272 | 34 (12.13) | 239 (87.87) | 1 | | |
| **ยาลดน้ำตาล** | | | | | | |
| ไม่ได้รับ | 47 | 3 (6.38) | 44 (93.62) | 0.92 | 0.84-1.00 | 0.054 |
| ได้รับ | 328 | 46 (14.02) | 282 (85.98) | | | |
| **ยา ACEI/ARB** | | | | | | |
| ไม่ได้รับ | 166 | 23 (13.86) | 143 (86.14) | 1.02 | 0.94-1.10 | 0.688 |
| ได้รับ | 209 | 26 (12.44) | 183 (87.56) | | | |
| **ยา Statin** | | | | | | |
| ไม่ได้รับ | 54 | 9 (16.67) | 45 (83.33) | 1.05 | 0.93-1.20 | 0.445 |
| ได้รับ | 321 | 40 (12.46) | 281 (87.54) | 1 | | |
| **ยา NSAIDs** | | | | | | |
| ไม่ได้รับ | 338 | 44 (13.02) | 294 (86.98) | 0.99 | 0.87-1.14 | 0.933 |
| ได้รับ | 37 | 5 (13.51) | 32 (86.49 ) | 1 | | |
| **สูบบุหรี่** | | | | | | |
| สูบ | 5 | 2 (40.00) | 3 (60.00) | 0.69 | 0.34-1.41 | 0.305 |
| ไม่สูบ | 370 | 47 (12.70) | 323 (87.30) | 1 | | |

**ตารางที่ 2** (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเดี่ยวปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (n=375)

| ปัจจัย | จำนวน | การเปลี่ยนจากระยะ 3 ไป 4 | | Crude RR | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | เปลี่ยน n (%) | ไม่เปลี่ยน n (%) | | | |
| **แอลกอฮอล์** | | | | | | |
| ดื่ม | 11 | 2 (18.18) | 9 (81.82) | 0.94 | 0.71-1.24 | 0.664 |
| ไม่ดื่ม | 364 | 47 (12.91) | 317 (87.09) | 1 | | |
| **FBS** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| ≥130 mg% | 175 | 28 (16.00) | 147 (84.00) | 0.94 | 0.87-1.02 | 0.121 |
| <130 mg% | 200 | 21 (10.50) | 179 (89.50) | 1 | | |
| **FBS** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | |
| ≥130 mg% | 203 | 33 (16.16) | 170 (83.74) | 1.09 | 1.01-1.18 | 0.043 |
| <130 mg% | 172 | 16 (9.30 ) | 156 (90.70) | 1 | | |
| **FBS** (เริ่มต้นจนสิ้นสุดการศึกษา) | | | | | | |
| ≥130 mg% | 263 | 36 (13.69) | 227 (86.31) | 1.13 | 1.00-1.72 | 0.043 |
| <130 mg% | 112 | 13 (16.74) | 99 (88.39) | 1 | | |
| **HbA1C** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| <7 mg% | 151 | 10 (6.62) | 141 (93.38) | 0.92 | 0.84-1.00 | 0.059 |
| ≥7 mg% | 224 | 39 (17.41) | 185 (82.59) | 1 | | |
| **HbA1C** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | |
| <7 mg% | 192 | 23 (11.98) | 169 (88.02) | 0.97 | 0.90-1.05 | 0.523 |
| ≥7 mg% | 183 | 26 (14.21) | 157 (85.79) | 1 | | |
| **Microalbumin** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| ≥30 mg/g | 227 | 44 (19.38) | 183 (80.62) | 1.20 | 1.11-1.28 | <0.001 |
| <30 mg/g | 148 | 5 (3.38) | 143 (96.62) | 1 | | |
| **SBP** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| ≥140mmHg | 94 | 29 (30.85) | 65 (69.15) | 1.35 | 1.16-1.54 | <0.001 |
| <140 mmHg | 281 | 20 (7.12) | 261 (92.88) | 1 | | |
| **SBP** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | |
| ≥140mmHg | 67 | 2 (16.42) | 56 (83.58) | 0.74 | 0.65-0.86 | 0.413 |
| <140 mmHg | 308 | 47 (12.34 ) | 270 (87.66) | 1 | | |
| **DBP** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| <90 mmHg | 368 | 48 (13.04 ) | 320 (86.96) | 0.99 | 0.73-1.34 | 0.926 |
| ≥90 mmHg | 7 | 1 (14.29) | 6 (85.71) | 1 | | |

**ตารางที่ 2** (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงเดี่ยวปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (n=375)

| ปัจจัย | จำนวน | การเปลี่ยนจากระยะ 3 ไป 4 | | Crude RR | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | เปลี่ยน n (%) | ไม่เปลี่ยน n (%) | | | |
| **DBP** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | |
| <90 mmHg | 343 | 47 (13.70) | 296 (86.30) | 1.09 | 0.98-1.20 | 0.101 |
| ≥90 mmHg | 32 | 2 (6.25) | 30 (93.75) | 1 | | |
| **Cholesterol** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| <200 mg% | 279 | 35 (12.54) | 82 (85.42) | 0.98 | 0.89-1.07 | 0.622 |
| ≥200 mg% | 96 | 14 (14.58) | 326 (86.93) | | | |
| **Cholesterol** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | |
| <200 mg% | 288 | 35 (12.15) | 253 (87.85) | 0.95 | 0.86-0.06 | 0.376 |
| ≥200 mg% | 87 | 14 (14.58) | 73 (83.91) | 1 | | |
| **Triglyceride** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| <150 mg% | 237 | 28 (11.81) | 209 (88.19) | 0.96 | 0.88-0.05 | 0.362 |
| ≥150 mg% | 138 | 21 (15.22) | 117 (84.78) | 1 | | |
| **Triglyceride** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | |
| <150 mg% | 245 | 31 (12.65) | 214 (87.35) | 0.97 | 0.91-1.07 | 0.748 |
| ≥150 mg% | 130 | 18 (13.85) | 112 (86.15) | 1 | | |
| **HDL** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| <40 mg% | 100 | 21 (21.00) | 79 (79.00) | 1.14 | 1.02-1.26 | 0.021 |
| ≥40 mg% | 275 | 28 (10.18) | 247 (89.82) | 1 | | |
| **HDL** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | |
| <40 mg | 50 | 11 (22.00) | 39 (78.00) | 1.13 | 0.97-1.32 | 0.111 |
| ≥40 mg% | 325 | 38 (11.69) | 287 (88.31) | 1 | | |
| **LDL** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | |
| <100 mg% | 189 | 21 (11.11) | 168 (88.89) | 0.96 | 0.88-1.03 | 0.259 |
| ≥100 mg% | 186 | 28 (15.05) | 158 (84.95) | 1 | | |
| **LDL** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | |
| <100 mg% | 239 | 28 (11.72) | 211 (8.28) | 0.96 | 0.88-1.04 | 0.322 |
| ≥100 mg% | 136 | 21 (15.44) | 115 (84.56) | 1 | | |

* มีนัยสำคัญที่ระดับ p=0.05

จากตารางที่ 3 โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ของพหุตัวแปร โดยการควบคุมตัวแปรระดับน้ำตาล FBS เริ่มต้นการศึกษาถึงสิ้นสุดการศึกษา ระดับ HbA1C (เริ่มต้นการศึกษา) HDL (สิ้นสุดการศึกษา) และยาลดระดับน้ำตาลในเลือด (เริ่มต้นการรักษา) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p<0.05 จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ 1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าอายุน้อยกว่า 70 ปี 1.16 เท่า ($RR_{adj}$=1.16, 95%CI=1.05-1.32, p=0.004); 2) HDL<40 mg% มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า HDL≥40 mg% 2.26 เท่า ($RR_{adj}$=2.26, 95% CI =1.12 -1.14, p<0.001); 3) Microalbumin≥30 mg/g มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า Microalbumin<30 mg/g 1.43 เท่า ($RR_{adj}$=1.43, 95%CI=1.25-1.61, p<0.001); 4) SBP≥140 mmHg มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า SBP<140 mmHg 1.22 เท่า ($RR_{adj}$=1.30, 95%CI=1.13-1.50, p<0.001); 5) DBP<90 mmHg มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า DBP≥90 mmHg 1.47 เท่า ($RR_{adj}$=1.47, 95%CI=1.24-1.75, p=<0.001) (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพหุตัวแปร ที่มีผลกับการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (n=375)

| ปัจจัย | จำนวน | การเปลี่ยนจากระยะ 3 ไป 4 | | Crude RR | Adj RR | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | เปลี่ยน n (%) | ไม่เปลี่ยน n (%) | | | | |
| **อายุ** | | | | | | | |
| ≥70 ปี | 178 | 30 (16.85) | 16 (83.15) | 1.09 | 1.16 | 1.05-1.32 | 0.004 |
| <70 ปี | 197 | 19 (9.64) | 178 (90.36) | 1 | 1 | | |
| **FBS** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | | |
| <130 mg% | 200 | 21 (10.50) | 179 (89.50) | 0.94 | 0.92 | 0.80-1.06 | 0.236 |
| ≥130 mg% | 175 | 28 (16.00) | 147 (84.00) | 1 | 1 | | |
| **FBS** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | | |
| <130 mg% | 172 | 16 (9.30) | 156 (90.70) | 0.92 | 1.06 | 0.92-1.22 | 0.441 |
| ≥130 mg% | 203 | 33 (16.26) | 170 (83.74) | 1 | 1 | | |
| **HbA1C** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | | |
| <7 mg% | 151 | 10 (6.62) | 141 (93.38 ) | 0.92 | 0.97 | 0.91-1.03 | 0.371 |
| ≥7 mg% | 224 | 39 (17.41) | 185 (82.59) | 1 | 1 | | |
| **HDL** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | | |
| <40 mg | 100 | 21 (22.00) | 79 (79.00) | 1.14 | 1.26 | 1.21-1.41 | <0.001 |
| ≥40 mg% | 275 | 28 (10.18) | 247 (89.82) | 1 | 1 | | |
| **HDL** (สิ้นสุดการศึกษา 2566) | | | | | | | |
| <40 mg | 50 | 11 (22.00) | 39 (78.00) | 1.13 | 1.10 | 0.93-129 | 0.266 |
| ≥40 mg% | 325 | 38 (11.69) | 287 (88.31) | 1 | 1 | | |

**ตารางที่ 3** (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพหุตัวแปร ที่มีผลกับการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา (n=375)

| ปัจจัย | จำนวน | การเปลี่ยนจากระยะ 3 ไป 4 | | Crude RR | Adj RR | 95%CI | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | เปลี่ยน n (%) | ไม่เปลี่ยน n (%) | | | | |
| **Microalbumin** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | | |
| ≥30 mg/g | 227 | 44 (19.38) | 143 (96.62) | 1.20 | 1.43 | 1.25-1.61 | <0.001 |
| <30 mg/g | 148 | 5 (3.38) | 143 (96.62 ) | 1 | 1 | | |
| **SBP** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | | |
| ≥140 mmHg | 94 | 29 (30.85) | 65 (69.15) | 1.35 | 1.30 | 1.13-1.50 | <0.001 |
| <140 mmHg | 281 | 20 (7.12) | 261 (92.88) | 1 | 1 | | |
| **SBP** (เริ่มการศึกษา 2562) | | | | | | | |
| <90 mmHg | 343 | 47 (13.70) | 296 (86.30) | 1.09 | 1.47 | 1.24-1.75 | <0.001 |
| ≥90 mmHg | 32 | 2 (6.25) | 30 (93.75) | 1 | 1 | | |
| **ยาลดน้ำตาลในเลือด** | | | | | | | |
| ไม่ได้รับ | 47 | 3 (6.38) | 44 (93.62) | 0.92 | 0.89 | 0.78-1.02 | 0.100 |
| ได้รับ | 328 | 46 (14.02) | 282 (85.98) | 1 | | | |

* มีนัยสำคัญที่ระดับ p=0.05

## การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 อุบัติการณ์การเปลี่ยนระยะไตจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 13.07 เป็นอุบัติการณ์ที่สูงเมื่อเทียบจากตัวชี้วัดการควบคุมโรคไตในผู้ป่วยเบาหวาน โดยร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่มีการดำเนินโรคไปสู่ระยะที่ 4 ไม่เกินร้อยละ 10 ต่อปี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและสูงอายุ และเป็นโรคเบาหวานและมีโรคร่วมหลายโรคเช่นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและอื่น ๆ ประกอบกับเป็นโรคเบาหวานนานเกิน 10 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ไม่ดีส่งผลให้ปัสสาวะมีโปรตีนรั่ว เข้าถึงยา ACEI/ARB ได้น้อยส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลงเร็วขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในประเทศเดนมาร์ก[11] พบว่าอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคไตเรื้อรังอยู่ที่ 0.49% ต่อปี และการศึกษาสถานการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน วัลลภา คงฉันท์มิตรกุล และคณะ[12] ผลการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยไตวายระยะที่ 3 เปลี่ยนเป็นระยะที่ 4 ร้อยละ 6.66

วัตถุประสงค์ที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคไต ($RR_{adj}$=1.16, p=0.004) วัยสูงอายุมีความเสื่อมทางธรรมชาติร่วมกับมีโรคร่วมหลายโรคระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานมากกว่า 10 ปี มีการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพของ Glomerular Basement Membrane ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น หลอดเลือดตีบแคบลงปริมาณการไหลเวียนของเลือดจะลดลง ส่งผลให้ไตขาดเลือดไปเลี้ยงและประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลการสำรวจทางระบาดวิทยา[13] พบว่าอายุที่มากกว่า 65 ปี อัตราการกรองไตจะลดลง OR=2.68 % (95%CI 1.75-4.09) และผลการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์การเกิดโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5[11] พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความเสื่อมของไต

2) HDL<40 mg% มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 2.26 เท่า ($RR_{adj}$=2.26, p<0.001) ผู้ป่วยเบาหวานและสูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมและเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อมอยู่แล้วและเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ไขมันในเลือดมีผลต่อการเสื่อมสภาพของไตโดยตรง โดยเฉพาะ LDL ที่สูงและ HDL ที่ต่ำจะทำให้เกิดการสะสมของไขมันที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบแคบและลดการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงไต สอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยที่มีระดับไขมันในเลือด HDL น้อยกว่า 35 mg/dL[14] มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตเป็น 2.17 เท่า ($OR_{adj}$=2.17, 95%CI=1.28-3.68) ผลการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พบว่าระดับ HDL<40.0 mg/dL[15] มีความเสี่ยงต่อการเกิด Diabetic nephropathy 1.5 เท่า (OR=1.5, p<0.05)

3) Microalbumin มากกว่าหรือเท่ากับ 30 mg/g มีโอกาสเสี่ยง 1.43 เท่า ($RR_{adj}$=1.43, p<0.001) ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับสูงอายุ เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพของ Glomerular basement membrane หนาตัวขึ้นมีการรั่วของโปรตีนไข่ขาวในปัสสาวะ (Microalbuminuria) ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการทำงานของไตลดลงจนเสื่อมสภาพไปในที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของไตคือโปรตีนรั่วในปัสสาวะในปริมาณมากกว่า 3 g/dl เพิ่มความเสี่ยง 21.37 เท่า[10] และผลการศึกษาปัจจัยการดำเนินโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยสูงอายุประเทศบราซิล ผลการศึกษาว่าโปรตีนรั่วในปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับการดำเนินของโรคไตเรื้อรัง[16] (OR=1.83, 95% CI=1.17–2.86, p<0.01)

4) SBP≥140 mmHg มีโอกาสเสี่ยง 1.22 เท่า ($RR_{adj}$=1.22, p<0.001) ผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกับสูงอายุ เป็นโรคเบาหวานมากกว่า 5 ปี และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสภาพของ Glomerular basement membrane หนาตัวขึ้นมีการรั่วของโปรตีนไข่ขาวในปัสสาวะ (Microalbuminuria) ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นการทำงานของไตลดลงจนเสื่อมสภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[17] พบว่า SBP สูงกว่า 140 mmHg เป็นปัจจัยเสี่ยง เกิดภาวะไตเสื่อม ($OR_{adj}$=1.6; 95%CI=1.02-2.5 ) การรั่วของโปรตีนไข่ขาวในปัสสาวะส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เร่งกระบวนการเสื่อมของไตและอาจนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย

โรคเบาหวานในจังหวัดศรีสะเกษ[18] ระดับความดันโลหิต>130/80mmHg มีความเสี่ยงต่อภาวะไตเสื่อม 2.22 เท่า ($OR_{adj}$=2.22, 95%CI=1.57-3.15, p<0.001)

5) DBP<90 mmHg มีโอกาสเสี่ยง 1.47 เท่า ($RR_{adj}$=1.47, p=<0.001) ผู้ป่วยเบาหวานและระยะเวลาในการเป็นเบาหวานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป ร่วมกับอายุที่มาก จากการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดมีผลทำให้หลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงไตเกิดการตีบแข็ง (Arteriosclerosis) ระดับ DBP ที่ต่ำเกินไป ส่งผลให้แรงดันเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงไตลดลง เมื่อไตได้รับเลือดไม่เพียงพอ จะเกิดภาวะการขาดเลือด (Ischemia) ในเนื้อไต ส่งผลต่อหน่วยไต (Nephron) มีการไหลเวียนเลือดลดลง และกระตุ้นการสร้างพังผืด นำไปสู่การเสื่อมของไต สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงของระดับการทำงานของไตที่ลดลงในผู้ป่วยไตเรื้อรัง[19] ผลการศึกษา DBP<80 mmHg มีโอกาสเสี่ยงของระดับการทำงานของไตลดลงมากกว่า DBP>80 mmHg 1.36 เท่า (OR=1.36, 95%CI=1.28-3.74, p=0.01) และศึกษาการประเมินการลดลงอัตราการกรองผ่านไตเพื่อการพยากรณ์ความเสี่ยงการเกิดโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และการพัฒนา Application Thai CKD Risk Calculation[20] ผลการศึกษาผู้ป่วย DBP<85 mmHgเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราการลดลงของ Slope ของค่า eGFR อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05 (T-score=5.038, 95%CI= 1.13-2.57, p<0.001)

สรุป ปัจจัยในด้านคลินิก FBS, HbA1c, Cholesterol, Triglyceride, LDL, และปัจจัยพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่นประวัติการใช้ยาต้านการอักเสบ (NSAIDs) การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ไม่พบเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการดำเนินโรคของภาวะไตวายเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เนื่องจากใช้ฐานข้อมูลจากเวชระเบียน ซึ่งเป็นการบันทึกไว้ในอดีต อาจได้ข้อมูลที่คาดเคลื่อนจากความเป็นจริง แนวทางการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีเกณฑ์ในการตรวจเลือดปัสสาวะประจำปี การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งน้ำตาลสะสม และไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย และการเลือกใช้ยาให้เหมาะสมสำหรับการควบคุมความดันในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้น หากสามารถควบคุมได้ให้อยู่ในเกณฑ์ จะช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

จากการศึกษาพบว่า ผู้มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ควรมีการให้การดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ควรมีการจัดทำระบบการแจ้งเตือนทั้งผู้ให้บริการในคลินิกในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงของผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น HDL Microalbumin รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิต SBP>140 mmHg

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปออกแบบการศึกษาแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเสื่อมในกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างมีส่วนร่วมเพื่อชะลอไตเสื่อม

## กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยดีโดยได้รับความอนุเคราะห์และให้คำปรึกษาจาก อ.ดร.ลำพึง วอนอก และ ผศ.ดร. ธีรศักดิ์ พาจันทร์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมาย อำนวยความสะดวกในการดำเนินการจัดการข้อมูลในการวิจัย ขอน้อมคารวะแด่ผู้เขียนงานวิชาการที่ได้ให้ศึกษาค้นคว้าและใช้อ้างอิงทุกท่าน

## เอกสารอ้างอิง

1. Bello AK, McIsaac M, Okpechi IG, Johnson DW, Jha V, Harris DCH, et al. International Society of Nephrology Global Kidney Health Atlas: structures, organization, and services for the management of kidney failure in North America and the Caribbean. Kidney Int Suppl (2011). 2021 May;11(2):e66-e76. doi: 10.1016/j.kisu.2021.01.001.
2. Health Data Center, Ministry of Public Health. Standard service plan report for nephrology [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 16]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th.
3. Shrestha N, Gautam S, Mishra SR, Virani SS, Dhungana RR. Burden of chronic kidney disease in the general population and high-risk groups in South Asia: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021 Oct 14;16(10):e0258494. doi: 10.1371/journal.pone.0258494.
4. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, บรรณาธิการ. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5. คณะอนุกรรมการป้องกันโรคไตเรื้อรัง สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, บรรณาธิการ. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทน พ.ศ. 2565 (ฉบับปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024 Jan 1;47(Supplement_1):S5-S10. doi: 10.2337/dc24-SREV.
7. สิทธิ์ ภคไพบูลย์. ความชุก และปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่โรงพยาบาลปางศิลาทอง จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารกรมการแพทย์. 2563; 45(2):12-8.
8. ดำรงศักดิ์ อบเหลือง, ชนัญญา จิรพรกุล, อมรรัตน์ เพียงเกษ, เนาวรัตน์ มณีนิล, วันเฉลิม รัตนวงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ป่วย ด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับการเกิดโรคไตเรื้อรัง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8(2):29-41.

9. ศันสนีย์ เชาวนเกตุ. อุบัติการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2564;6(3):76-84.
10. สุขเกษม อมรสุนทร. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์. วารสารแพทย์ เขต 4-5. 2566; 42(2):211-24.
11. Kampmann JD, Heaf JG, Mogensen CB, Mickley H, Wolff DL, Brandt F. Prevalence and incidence of chronic kidney disease stage 3-5 - results from KidDiCo. BMC Nephrol. 2023 Jan 19;24(1):17. doi: 10.1186/s12882-023-03056-x.
12. วัลลภา คงฉันท์มิตรกุล, ทัศนีย์ กาวกระโทก. สถานการณ์การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. 2564; 7(2):132-46.
13. Aguiar LK, Prado RR, Gazzinelli A, Malta DC. Factors associated with chronic kidney disease: epidemiological survey of the National Health Survey. Rev Bras Epidemiol. 2020 Jun 5;23:e200044. Portuguese, English. doi: 10.1590/1980-549720200044.
14. บดินทร์ จักรแก้ว. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเขตกึ่งเมืองของจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2565; 18(1):16-30.
15. เกตุแก้ว จันทร์จำรัส. การสำรวจความชุกและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนที่ไตในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า [วิทยานิพนธ์เทคนิคการแพทยมหาบัณฑิต สาขาเทคนิคการแพทย์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
16. Tótoli C, Carvalho AB, Ammirati AL, Draibe SA, Canziani MEF. Associated factors related to chronic kidney disease progression in elderly patients. PLoS One. 2019 Jul 23;14(7):e0219956. doi: 10.1371/journal.pone.0219956.
17. รัตนาพร สุวานิช, ลดา เลยหยุด, ปัทมา ล้อพงค์พานิชย์, เจษฎา สุราวรรณ์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2565; 4(2):163-76.
18. ทวี ศิลารักษ์, ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, วิริณธิ์ กิตติพิชัย. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในโรคเบาหวานในจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2563; 40(2):109-21.
19. ดวงรัตน์ ตันรัตนานนท์. ผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยงของระดับการทำงานของไตที่ลดลงในผู้ป่วยไตเรื้อรังในคลินิกโรคไต. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2552;24(3):55-64.
20. วสุอนันต์ ทองดี, บรรจง กิตติสว่างวงค์, จินตนา ทองดี, ประสิทธิ์ หมั่นดี. การประเมินการลดลงอัตราการกรองผ่านไตเพื่อการพยากรณ์ความเสี่ยงการเกิดโรคไตเสื่อมเรื้อรัง และการพัฒนา Application Thai CKD Risk Calculation. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2563;29(2):240-51.

# ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

**นิศารัตน์ เอี่ยมชาญบรรจง[*], จรัสพร หอมจันทร์ดี[**a]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ และเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 ซึ่งผ่านการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และมีแนวโน้มเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า จำนวน 25 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมที่พัฒนาจากแนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมร่วมกับทฤษฎีภาวะซึมเศร้าของเลวินฮอร์น แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดภาวะซึมเศร้า ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น การเก็บข้อมูลดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัด จำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 60-90 นาที วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย=17.46) หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=8.962$, $p<0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือ 7.72 และมีส่วนต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.04±5.60 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมช่วยลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ ควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ผ่านกิจกรรมที่สร้างสรรค์ และส่งเสริมสุขภาวะทางอารมณ์ ให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าลดลง

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม; หญิงตั้งครรภ์; ภาวะซึมเศร้า

[*] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านโป่ง

[**] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช

[a] Corresponding author: จรัสพร หอมจันทร์ดี Email: jarasporn@ckr.ac.th

***รับบทความ: 10 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 23 มี.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 23 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 28 เม.ย. 68***

# The Effects of a Behavioral Activation Therapy Program on Reducing Depression in Pregnant Women at Banpong Hospital, Ratchaburi Province

**Nisarat Eamchanbhunjong[*], Jarasporn Homjandee[**a]**

## Abstract

This quasi-experimental study with one-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a behavioral activation therapy program on depression in pregnant women and to compare depression levels before and after the intervention. Samples consisted of 25 pregnant women who attended the antenatal clinic at Ban Pong hospital, Ratchaburi province between August 2024 and January 2025. Participants were screened using the 2-Question Depression Screening (2Q) tool and identified as at risk for depression. The research instruments were a behavioral activation therapy program developed based on the principles of behavioral activation therapy and Lewinsohn's theory of depression, a demographic questionnaire, and a depression assessment scale, all of validated for content validity and reliability. The intervention comprised of eight sessions, each session lasting for 60-90 minutes. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that before participating in the program, pregnant women had a moderate level of depression, with an average score of 17.46. After completing the program, depression scores significantly decreased at the 0.01 level ($t=8.962$, $p<0.001$), with the mean score reducing to 7.72 and a mean difference of 10.04±5.60. These findings indicated that the behavioral activation therapy program effectively reduced depression in pregnant women.

It is recommended that healthcare professionals should integrate this program into clinical practice to alleviate depression in pregnant women through structured, creative, and engaging activities that promote emotional well-being.

**Keywords**: Behavioral activation therapy program; Pregnant women; Depression

[*] Registered Nurse, Professional Level, Banpong Hospital

[**] Nursing Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Chakriraj

[a] Corresponding author: Jarasporn Homjandee Email: jarasporn@ckr.ac.th

***Received: Mar. 10, 25; Revised: Mar. 23, 25; Accepted: Mar. 23, 25; Published Online: Apr. 28, 25***

## บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญที่เกิดขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก พบว่ามีผู้ป่วยมากกว่า 322 ล้านคน โดยทั่วโลกมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 4.4 และในเพศหญิงพบว่าอยู่ระหว่างร้อยละ 10-25[1] สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า 1.3 ล้านคน และแนวโน้มนี้มีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[2] ภาวะซึมเศร้ามีผลกระทบทั้งด้านอารมณ์ ความคิด แรงจูงใจ พฤติกรรม และร่างกาย โดยมักเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์ที่ท้าทายหรือวิกฤตในชีวิตหากปล่อยไว้โดยไม่รับการรักษาอาจนำไปสู่การคิดสั้นหรือฆ่าตัวตายได้ ซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายประการโดยเฉพาะความเครียด[3]

ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหรือในผู้หญิงที่ไม่พร้อมในการเป็นมารดา มักนำมาซึ่งความเครียดอย่างมาก การรับบทบาทใหม่ ๆ การรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น การกดดันจากครอบครัวและสังคม ส่งผลต่อทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจของมารดา[4] การเกิดภาวะซึมเศร้าระหว่างการตั้งครรภ์สามารถส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ รวมถึงอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การคลอดก่อนกำหนด หรือทารกที่มีการเจริญเติบโตช้า[5]

ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าสามารถแผ่ขยายไปยังการดำเนินชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยมารดาที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลื่นไส้อาเจียน และมักไม่ดูแลตัวเอง รวมถึงการลดการมาฝากครรภ์[1] ซึ่งอาจส่งผลต่อพัฒนาการของทารก เช่น การมีน้ำหนักตัวน้อย หรือการตอบสนองที่น้อยต่อการกระตุ้น[4] นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ายังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าหลังคลอด เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอร์โรนในช่วงหลังคลอด ซึ่งส่งผลต่อการมีอาการอ่อนเพลีย ความเครียด และลดการตอบสนองต่อการดูแลทารก[6]

การบำบัดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยการใช้การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral activation therapy: BAT) ถือเป็นหนึ่งในวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ไม่ต้องการใช้ยา โดยเน้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับมาทำกิจกรรมที่สนุกสนานและมีคุณค่า ซึ่งเป็นการเสริมสร้างพฤติกรรมที่เป็นบวกและช่วยลดอาการซึมเศร้า[7] โดยการบำบัดนี้สามารถใช้ได้ทั้งในรูปแบบเดี่ยวและแบบกลุ่มร่วมกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) ซึ่งผลการวิจัยหลายงานพบว่า BAT สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการประเมินภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์สามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือคัดกรองต่าง ๆ เช่น แบบสอบถาม 2Q และ 9Q เพื่อคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงสูงและนำเสนอการบำบัด BAT เพื่อให้มารดามีการตอบสนองต่อแรงเสริมทางบวกอย่างเหมาะสม[2] ซึ่งจะช่วยให้สามารถลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ และส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้กับมารดาและทารกในครรภ์ได้

โรงพยาบาลบ้านโป่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการประเมิน คัดกรอง ตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ โรคทางสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติดในทุกกลุ่มวัยแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยการรักษาด้วยยา จิตบำบัด รายบุคคล รายกลุ่ม และมีการดูแลต่อเนื่องโดยการประสานงานเครือข่ายเชื่อมโยงสู่ชุมชน ในปี 2562-2566 พบผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้าที่มารับการบำบัดคลินิกจิตเวช (ราย/ครั้ง) เท่ากับ 349/513,

637/2,108, 575/1,810, 713/2,323 และ 816/2,722 และ ในปี 2566 มีอุบัติการณ์รายงานผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ฆ่าตัวตาย 1 ราย เดิมไม่มีการเก็บข้อมูลหรือมีช่องทางการให้คำปรึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวช มีหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญของการลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ จึงได้มีการพัฒนาโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (BAT) เพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยให้มีการตอบสนองต่อการเสริมแรงทางบวกในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และลดความเครียดในระหว่างการตั้งครรภ์ โดยทำการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาจะช่วยให้มารดากลับมามีกิจกรรมที่สร้างความสุขและรับการเสริมแรงทางบวกอย่างเหมาะสม เพื่อลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มการตอบสนองทางจิตใจที่ดีต่อทารกในครรภ์

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม

**คำถามการวิจัย**

1. ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมอยู่ในระดับใด
2. ระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย
2. ระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมแตกต่างกัน

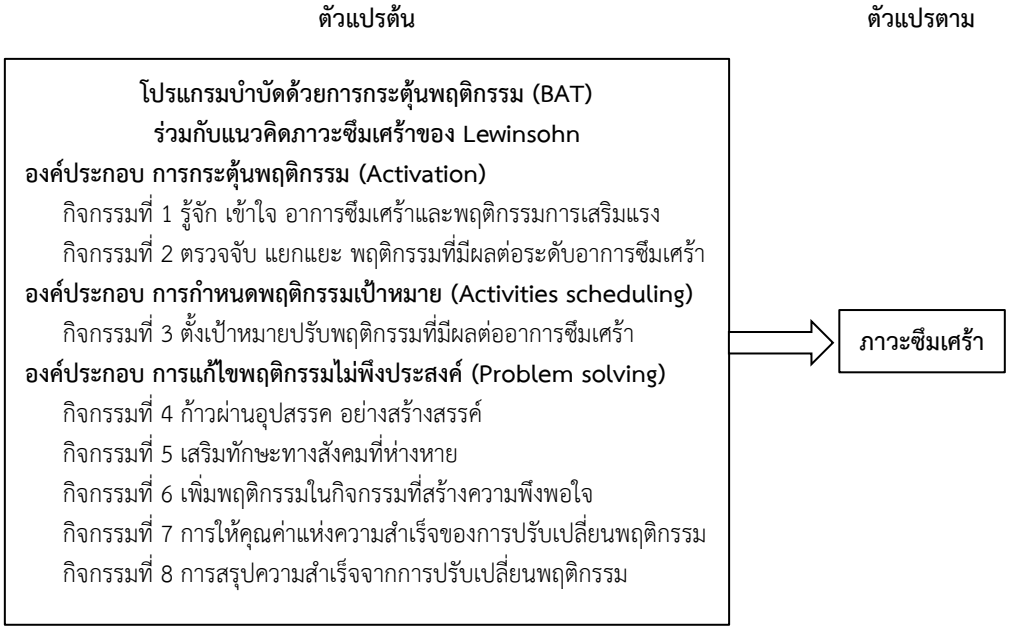
**ขอบเขตของการวิจัย**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 สถานที่ในการทำวิจัยคือ คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ระยะเวลาในการทำวิจัย ทำการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของรูปแบบของการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral activation therapy: BAT) ซึ่งมีเนื้อหาของกิจกรรมตามองค์ประกอบหลักของโปรแกรมการบำบัด

ด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม 3 องค์ประกอบ คือ 1) การกระตุ้นพฤติกรรม 2) การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย และ 3) การแก้ไขพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร่วมกับการอธิบายอาการซึมเศร้าด้วยแนวคิดของ Lewinsohn[8] เน้นการปรับแก้ไขด้านพฤติกรรมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซึมศร้า เพื่อให้มีการตอบสนองต่อการรับแรงเสริมทางบวก เพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าให้มีการตอบสนองต่อการเสริมแรงทางบวกอย่างเหมาะสม ดังแสดงในภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ชนิดของการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest-posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี และมีผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q เป็นบวก ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568

**การคำนวณขนาดตัวอย่าง**

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณ Power Analysis กำหนดระดับความเชื่อมั่น ($\alpha$) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 เปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Cohen[9] ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

**เกณฑ์การคัดเข้า** ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ มีผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q เป็นบวก สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก** ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบตามกิจกรรมที่กำหนด เกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะตั้งครรภ์ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ มีประวัติการรักษาทางจิตเวช

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ประกอบด้วย แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต[10] การแปลผล ถ้าคำตอบ **ไม่มี** ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า **ปกติ** ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ **มี** ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” ส่งปรึกษาผู้วิจัยเพื่อประเมินต่อด้วยแบบวัดภาวะซึมเศร้า และคู่มือการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะของครอบครัว ข้อมูลเกี่ยวกับสูติกรรม ประกอบด้วย การวางแผนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ จำนวนการฝากครรภ์ และบุคคลที่ปรึกษา และข้อมูลส่วนบุคคลของสามี ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า นำมาจากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คฉบับที่ 1A (Beck’s Depression Inventory IA: BDI-IA) แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์[11] ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ซึ่งค่าความตรงของเครื่องมือต้นฉบับ (Content validity) เท่ากับ 0.84 ค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.92 ค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับ 84.6% ค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับ 86.4% ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ อาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ประเมินอาการที่ใกล้เคียงกับความรู้สึกมากที่สุดใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย (คะแนน 0) ถึงอาการรุนแรง คะแนน 3) ระดับคะแนนจะมี 0, 1, 2, 3 คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0-63 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนน[11] คะแนน 0-9 หมายถึง มีภาวะอารมณ์ปกติ 10-15 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย 16-19 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 20-29 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก 30-63 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

1. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของเครื่องมือด้วยดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยจิตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จำนวน 1 ท่าน พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่านและอาจารย์พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ผ่านการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ผลการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา พบมีค่าดัชนีวัดความสอดคล้อง คู่มือการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม เท่ากับ 0.91 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และแบบวัดภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยปรับแก้ไขข้อความและตัดข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้อง ตามข้อเสนอแนะ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการหาความตรงเชิงเนื้อหาและไปทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ จำนวน 30 คน ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์ของแอลฟ่าของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ตามหนังสือรับรองเลขที่ REC No. 008/2567E วันที่รับรอง 1 สิงหาคม 2567 วันหมดอายุ 1 สิงหาคม 2568 ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างและสามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมทางวิชาการ ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างได้

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. หลังโครงร่างการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 เมื่อหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการแผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จะได้รับการประเมิน 2Q ตามมาตรฐาน โดยพยาบาลแผนกฝากครรภ์ ถ้าคำตอบ มีข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” จะโทรประสานกับผู้วิจัย

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและข้อมูลที่ผู้ป่วยควรทราบ เมื่อผู้ป่วยตอบรับเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า ทำแบบสอบถามส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะซึมเศร้า เพื่อเป็นข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม

1.4 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าที่มารับบริการฝากครรภ์ตามนัดหมาย เดือนละ 1 ครั้ง และเพื่อให้เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยปรับกิจกรรมทางการพยาบาลให้มีลักษณะการดำเนินกิจกรรมแบบรายบุคคล เพื่อให้บุคคลมีการตอบสนองต่อการเสริมแรงทางบวกได้ตามโปรแกรม จัดกิจกรรมตามองค์ประกอบหลักของรูปแบบการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม 3 องค์ประกอบ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม 8 ครั้ง โดยครั้งที่ 1-5 ห่างกันทุก 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 6-7 ห่างกันทุก 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 8 ห่างจากครั้งที่ 7 เป็นเวลา 1 เดือน รวมระยะเวลา 3 เดือน ดังนี้

**ตารางที่ 1** โปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (BAT) ร่วมกับแนวคิดภาวะซึมเศร้า

| **องค์ประกอบ การกระตุ้นพฤติกรรม (Activation)** คือกลวิธี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เพิ่มอารมณ์ที่นำสู่ความรู้สึกสุขใจ และลดอารมณ์ที่นำสู่ความรู้สึกทุกข์ใจ | | |
|---|---|---|
| **กิจกรรมที่** | **ชื่อกิจกกรม** | **รายละเอียดของกิจกรรม** |
| **กิจกรรมที่ 1** | รู้จัก เข้าใจ อาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการเสริมแรง | เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างหญิงตั้งครรภ์กับผู้วิจัย สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ได้เรียนรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ ของการเกิดและการคงอยู่ของอาการซึมเศร้า ที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมการกลับมาลงมือทำกิจกรรมซ้ำ |
| **กิจกรรมที่ 2** | การตรวจจับและแยกแยะพฤติกรรมที่มีผลต่อระดับอาการซึมเศร้า | เป็นการฝึกทักษะเรื่องการติดตาม การตรวจสอบ การแยกแยะระหว่างกิจกรรมที่ลงมือกระทำ กับอารมณ์ที่เกิดขึ้น ระหว่างการทำกิจกรรมของหญิงตั้งครรภ์ |
| **องค์ประกอบ การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย (Activities scheduling)** คือกลวิธี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านการสร้างประสบการณ์แห่งความสำเร็จ เพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้หญิงตั้งครรภ์ | | |
| **กิจกรรมที่ 3** | ตั้งเป้าหมายปรับพฤติกรรมที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า | กระบวนให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตั้งเป้าหมาย ปรับพฤติกรรมที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า วางแผนที่เฉพาะเจาะจงอย่างเป็นรูปธรรม ที่มีผลต่อแรงเสริมทางบวกทั้งจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้วิจัยและสมาชิก การมีเจคติดที่ดีต่อตัวหญิงตั้งครรภ์เอง |
| **องค์ประกอบ การแก้ไขพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Problem solving)** คือกลวิธี การประเมินปัญหาและอุปสรรคที่ขัดขวางความสำเร็จ การติดตามความสำเร็จ ปรับพฤติกรรมเป้าหมายให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคล เพื่อเป็นรูปแบบของพฤติกรรมที่นำอารมณ์ของความรู้สึกทุกข์ออกจากการดำเนินชีวิต และการเพิ่มรูปแบบพฤติกรรมที่นำอารมณ์สู่ความรู้สึกสุขใจในที่สุด | | |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) โปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (BAT) ร่วมกับแนวคิดภาวะซึมเศร้า

| กิจกรรมที่ | ชื่อกิจกกรม | รายละเอียดของกิจกรรม |
|---|---|---|
| **กิจกรรมที่ 4** | ก้าวผ่านอุปสรรคอย่างสร้างสรรค์ | กระบวนการช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถก้าวผ่านอุปสรรคที่ขัดขวางแผนการปรับพฤติกรรม |
| **กิจกรรมที่ 5** | การเสริมทักษะทางสังคมที่ห่างหาย | กระบวนการให้เกิดทักษะทางสังคม ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้เพิ่มโอกาสการได้รับแรงเสริมทางบวก |
| **กิจกรรมที่ 6** | การเพิ่มพฤติกรรมในกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจ | กระบวนการเสริมแรงทางบวก สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ได้เลือกและได้ลงมือทำกิจกรรมที่ตนสนใจและชื่นชอบ |
| **กิจกรรมที่ 7** | การให้คุณค่าแห่งความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการประสบความสำเร็จตามแผนกับอาการซึมเศร้า ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับแรงเสริมทางบวกจากความรู้สึกภาคภูมิในศักยภาพของตนที่ทำให้แผนการเสริมแรงทางบวกประสบความสำเร็จ |
| **กิจกรรมที่ 8** | การสรุปความสำเร็จจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | เป็นกิจกรรมสรุปประโยชน์ที่ได้จากความสำเร็จในการเสริมแรงทางบวกตามแผนที่วางไว้ด้วยตนเองเตรียมความพร้อมในการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปฝึกฝนและใช้อย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวันหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมประยุกต์การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม |

1.5 หลังดำเนินกิจกรรมที่ 8 เสร็จสิ้น ผู้วิจัยให้หญิงตั้งครรภ์ทำแบบวัดภาวะซึมเศร้าเพื่อเป็นข้อมูลหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะของครอบครัว ข้อมูลส่วนบุคคลของสามี ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ อาชีพ และข้อมูลเกี่ยวกับสูติกรรม ประกอบด้วย การวางแผนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ จำนวนการฝากครรภ์ และบุคคลที่ปรึกษา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ t-test

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนมกราคม 2568 จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 15-25 ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้ต่อเดือน 10,000-20,000 บาท ไม่มีโรคประจำตัว ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์ อยู่ระหว่าง 11-20 สัปดาห์ ตั้งครรภ์ที่ 2 ไม่เคยมีประวัติการแท้ง ตั้งใจตั้งครรภ์ มีความพร้อมในการตั้งครรภ์ และบุคคลที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา ได้แก่ พ่อแม่

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ ก่อนใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.46 เมื่อพิจารณารายข้อพบข้อที่มีระดับรุนแรง ได้แก่ การตัดสินใจยาก มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 39.0 รองลงมาคือ ความล้มเหลวในอดีต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.0 การเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.0 ความหงุดหงิด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.0 และอารมณ์เศร้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.0 ตามลำดับ หลังใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.72 เมื่อพิจารณารายข้อพบข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดในระดับมาก ได้แก่ ความล้มเหลวในอดีต มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.0 รองลงมาระดับปานกลาง ความหงุดหงิด มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.0 และอารมณ์เศร้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 15.0 ตามลำดับ

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกรายข้อและโดยรวม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (n=25)

| ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | |
|---|---|---|---|---|
| | คะแนน | แปลผล | คะแนน | แปลผล |
| 1. อารมณ์เศร้า | 32.00 | รุนแรง | 17.00 | ปานกลาง |
| 2. ความมองในแง่ลบ | 18.00 | ปานกลาง | 3.00 | ปกติ |
| 3. ความล้มเหลวในอดีต | 34.00 | รุนแรง | 20.00 | มาก |
| 4. ความไม่พอใจในตนเอง | 10.00 | น้อย | 2.00 | ปกติ |
| 5. ความผิดในตนเอง | 10.00 | น้อย | 7.00 | ปกติ |
| 6. ความรังเกียจตัวเอง | 15.00 | น้อย | .00 | ปกติ |
| 7. ความคิดฆ่าตัวตาย | 12.00 | น้อย | 3.00 | ปกติ |
| 8. ความอ่อนแอในการทำสิ่งต่าง ๆ | 11.00 | น้อย | 3.00 | ปกติ |
| 9. การสูญเสียความสนใจในสิ่งต่าง ๆ | 11.00 | น้อย | .00 | ปกติ |
| 10. การตัดสินใจยาก | 39.00 | รุนแรง | 13.00 | น้อย |
| 11. การสูญเสียพลังงาน | 12.00 | น้อย | 2.00 | ปกติ |

**ตารางที่ 2** (ต่อ) จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า จำแนกรายข้อและโดยรวม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (n=25)

| ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | |
|---|---|---|---|---|
| | คะแนน | แปลผล | คะแนน | แปลผล |
| 12. การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบการนอนหลับ | 17.00 | น้อย | 8.00 | น้อย |
| 13. ความหงุดหงิด | 33.00 | รุนแรง | 18.00 | ปานกลาง |
| 14. การเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร | 33.00 | รุนแรง | 13.00 | น้อย |
| 15. ความรู้สึกผิดเกี่ยวกับร่างกาย | 16.00 | ปานกลาง | 12.00 | น้อย |
| 16. การลดความสนใจทางเพศ | 13.00 | น้อย | 10.00 | น้อย |
| 17. การลดความสามารถในการมีความสุข | 9.00 | ปกติ | 2.00 | ปกติ |
| 18. การคิดในแง่ลบ | 18.00 | ปานกลาง | 7.00 | ปกติ |
| 19. ความล้มเหลวในการจัดการกับชีวิตประจำวัน | 9.00 | ปกติ | 3.00 | ปกติ |
| 20. การหลีกเลี่ยงคนอื่น | 11.00 | น้อย | 2.00 | ปกติ |
| 21. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ | 16.00 | ปานกลาง | 12.00 | น้อย |
| **โดยรวม** | **17.76** | **ปานกลาง** | **7.72** | **น้อย** |

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 17.76±9.52 หลังการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม โดยรวมอยู่ในระดับน้อย มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 7.72±7.28 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=8.962, p<0.00)

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (n=25)

| เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย | ก่อนทดลอง | | ระดับ | หลังทดลอง | | ระดับ | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | mean | SD | | mean | SD | | | |
| ภาวะซึมเศร้า | 17.76 | 9.52 | ปานกลาง | 7.72 | 7.28 | น้อย | 8.962 | 0.00* |

*p-value<0.01

## อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยนำเสนออภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยก่อนใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม พบประเด็นที่หญิงตั้งครรภ์มีคะแนนมากที่สุด มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 5 ประเด็น ได้แก่ ความล้มเหลวในอดีต ความหงุดหงิด อารมณ์เศร้า การตัดสินใจยาก และการเปลี่ยนแปลงในความอยากอาหาร หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมพบว่าหญิงตั้งครรภ์ มีภาวะซึมเศร้าลดลงแต่ยังมีภาวะซึมเศร้า พบประเด็นความล้มเหลวในอดีต มองย้อนกลับไปเห็นแต่ความล้มเหลวในชีวิตพบอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะในช่วงตั้งครรภ์ระดับฮอร์โมนในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีอารมณ์อ่อนไหวได้ง่ายขึ้น การมองย้อนกลับไปเห็นแต่ความล้มเหลวอาจทำให้อารมณ์แปรปรวนและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า[12] ประเด็นความหงุดหงิด และอารมณ์เศร้า อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะอารมณ์หงุดหงิดและอารมณ์เศร้าเป็นอาการสำคัญที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยมักรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ และมักเสียใจหลังจากทำสิ่งที่ไม่ดีไปแล้ว นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังอาจรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจตนเอง และไม่ต้องการเป็นเช่นนี้ แต่เมื่อเกิดอารมณ์หงุดหงิดก็ไม่ทราบวิธีควบคุม เห็นได้ว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าทั้ง 3 ประเด็นเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนในร่างกาย ในช่วงการตั้งครรภ์ ฮอร์โมนมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนที่เพิ่มขึ้นในร่างกาย ระดับฮอร์โมนที่สูงนี้อาจทำให้เกิดความรู้สึกเครียดและอารมณ์ไม่เสถียรได้ โดยการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเหล่านี้สามารถทำให้สมองตอบสนองต่อความเครียดได้มากขึ้น อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดความรู้สึกเศร้าหรือวิตกกังวลในบางรายเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีชีวภาพ ซึ่งอธิบายการเกิดภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับสมดุลของสารชีวเคมีต่าง ๆ ในสมอง เช่น Acetylcholine, Serotonin, Dopamine และ Norepinephine ต่ำกว่าปกติ ทำให้การควบคุมการทำงานลดลง เช่น การนอนหลับลดลง ความต้องการทางเพศ ความอยากอาหารลดลง หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ[4] สอดคล้องกับการศึกษาความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง ที่อธิบายไว้ว่าการตั้งครรภ์เป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและฮอร์โมน นำไปสู่ความไม่สุขสบายที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของหญิงตั้งครรภ์ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดการตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด ส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึก กอปรกับความกลัวและความกังวลต่อการตั้งครรภ์ทำให้เกิดความเครียดและความกังวล[6]

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์ ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.76 อาจเป็นเพราะว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 15-25 ปี อายุน้อยที่สุด 15 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ที่สอง มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 11-20 สัปดาห์ อายุครรภ์น้อยที่สุด

1 สัปดาห์ โดยตั้งใจตั้งครรภ์ เพียงร้อยละ 68.00 และมีความพร้อมในการตั้งครรภ์ เพียงร้อยละ 76.00 อธิบายไว้ว่าภาวะซึมเศร้าในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรง แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ตามปกติ อาจเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับความรักกำลังใจจากครอบครัวสามารถประคับประคองการตั้งครรภ์ต่อไปได้ การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีสถานภาพสมรส โดยอยู่กับสามี ร้อยละ 96.00 และลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 56.00 และสามารถเปิดใจเข้าไปปรึกษาปัญหาต่าง ๆ กับพ่อแม่ได้มากที่สุด ร้อยละ 40.00 รองลงมาเป็นสามีร้อยละ 20.0 แสดงให้เห็นว่าครอบครัวยังเป็นที่พึ่งพาสำคัญที่สุดสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามารถให้การดูแล ความรักเอาใจใส่หญิงตั้งครรภ์ได้มากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=18.86, SD=11.17) เหตุการณ์ในชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (r=0.48, r=-0.38 และ r=-0.39 ตามลำดับ)[13] และสอดคล้องกับการศึกษาความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลังของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และคณะ[6] ที่พบว่า ครรภ์หลังส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับปานกลาง รองลงมาเป็นระดับมากและระดับรุนแรง (ร้อยละ 46.0, 42.5 และ 8.1 ตามลำดับ) ครรภ์หลังมีค่าเฉลี่ยความเครียดมากกว่าครรภ์แรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05, 95%CI-7.831, -0.356) ดังนั้นโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม โดยให้หญิงตั้งครรภ์ได้บอกเล่าอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยรับฟังและสะท้อนกลับมุมมองทางบวกเกี่ยวกับครอบครัวและภาพลักษณ์ของหญิงตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความเครียด ส่งผลให้คะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง

2. ระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมแตกต่างกัน พบว่าก่อนการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 17.76±9.52 หลังการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม โดยรวมอยู่ในระดับน้อย มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 7.72±7.28 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยหลังการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายไว้ว่าโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาจากแนวคิดของรูปแบบของการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมร่วมกับแนวคิดการอธิบายอาการซึมเศร้าของ Lewinsohn[8] โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการทำกิจกรรมที่สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหญิงตั้งครรภ์และผู้วิจัย ซึ่งการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีนี้จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในการแสดงออกเกี่ยวกับความรู้สึกของตนเอง โดยเฉพาะเมื่อกำลังเผชิญกับภาวะซึมเศร้าทั้งนี้เป็นเพราะผู้วิจัยช่วยส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจถึงสาเหตุที่อาจทำให้เกิดอาการซึมเศร้า จึงช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถยอมรับสภาพอารมณ์ของตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้กิจกรรมการตรวจจับและแยกแยะพฤติกรรมที่มีผลต่อระดับอาการซึมเศร้า เป็นการฝึกทักษะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตรวจสอบและแยกแยะความสัมพันธ์ระหว่าง

กิจกรรมที่ทำและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น การตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่ออารมณ์ เช่น การหลีกเลี่ยงหรือการเก็บตัว สามารถช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความเครียดและอารมณ์ลบได้ ต่อมาเป็นกิจกรรมการตั้งเป้าหมายปรับพฤติกรรมที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า เป็นกิจกรรมที่ฝึกทักษะให้หญิงตั้งครรภ์มีการวางแผนอย่างเป็นรูปธรรม โดยให้หญิงตั้งครรภ์ตั้งเป้าหมายพฤติกรรมที่ชัดเจน และสามารถทำได้จริง การบรรลุซึ่งเป้าหมายช่วยเสริมแรงทางบวก และทำให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกได้รับการสนับสนุนช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีความรับผิดชอบ และมุ่งมั่นในการทำตามแผนที่ตั้งไว้ ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าและมองโลกในแง่ดี กิจกรรมการก้าวผ่านอุปสรรคอย่างสร้างสรรค์เป็นกิจกรรมที่ช่วยฝึกทักษะในการค้นหา วิธีแก้ไขปัญหาอย่างสร้างสรรค์ โดยไม่ท้อถอยเมื่อเจออุปสรรค กระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์มีความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเผชิญหน้ากับความท้าทาย ช่วยให้การดำเนินชีวิตและการดูแลสุขภาพในช่วงตั้งครรภ์ดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจ โดยขณะที่ให้เวลากับหญิงตั้งครรภ์นำไปปฏิบัตินั้น สามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาได้ตลอดช่วงการนำไปปฏิบัติ กิจกรรมการเสริมทักษะทางสังคมที่ห่างหาย เป็นการช่วยฟื้นฟูและเสริมสร้าง ทักษะการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์กับคนรอบข้างช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสได้รับแรงเสริมทางบวก จากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีขึ้นกับผู้อื่น ต่อด้วยการเพิ่มพฤติกรรมในกิจกรรมที่สร้างความพึงพอใจ เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์ได้เลือกทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจและชื่นชอบ การมีกิจกรรมที่สร้างความสุขช่วยเสริมแรงบวก และการให้คุณค่าแห่งความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับการลดอาการซึมเศร้า และกิจกรรมสุดท้ายคือการให้หญิงตั้งครรภ์สรุปความสำเร็จจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจในความสำเร็จ และได้รับแรงเสริมทางบวกจากการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์รู้สึกดีขึ้นและลดภาวะซึมเศร้าได้[8] สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ผลการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าร่วมกับการพยาบาลปกติมีค่าคะแนนเฉลี่ย (7.01±2.25) ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการพยาบาลปกติ (13.96±2.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)[14] และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมเป็นการบำบัดรายบุคคล ประกอบด้วย กิจกรรม 9 ครั้ง ครั้งที่ 0 เตรียมความพร้อม ครั้งที่ 1 จุดเริ่มต้น ครั้งที่ 2 รู้จักกิจกรรมทำให้สุขระดับง่าย ครั้งที่ 3 กิจกรรมทำให้สุขระดับปานกลาง ครั้งที่ 4 กิจกรรมทำให้สุขระดับยาก ครั้งที่ 5 ทำกิจกรรมต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 6 ทำกิจกรรมต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 7 คงไว้ซึ่งการทำกิจกรรมตามแผนต่อเนื่อง 1 เดือน ครั้งที่ 8 การปรับใช้ในอนาคตใช้เวลาครั้งละ 60 นาที ผลการทดสอบเบื้องต้นในกลุ่มตัวอย่าง 13 คน มีอายุเฉลี่ย 25.62 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 9 คน เพศชาย 4 คน หลังสิ้นสุดการบำบัดกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการบำบัดทั้งในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันทีและ 1 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม ($p$-value=0.001, $p$-value=0.002) ตามลำดับ[15]

สรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม เป็นการบำบัดที่เน้นการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์วางแผนทำกิจกรรมที่มีประโยชน์และก่อให้เกิดความสุข ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซึมเศร้าลดลง จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการพยาบาลที่ใช้โปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม สามารถลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างชัดเจน

**ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้**

จากผลการศึกษา พบว่าการใช้โปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมมีภาวะซึมเศร้าลดลง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้รูปแบบกิจกรรมตามโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมกับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่เข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. ควรมีการติดตามผลการใช้โปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมที่มีระยะเวลาที่นานขึ้น เช่น การติดตามทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน ขณะตั้งครรภ์และหลังหลังคลอด
3. สร้างคู่มือเป็นการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าสำหรับโรงพยาบาลและหน่วยปฐมภูมิในสังกัด โรงพยาบาลบ้านโป่ง

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ เพื่อช่วยลดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ผ่านกิจกรรมที่มีมีความสร้างสรรค์และส่งเสริมสุขภาวะทางอารมณ์
2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบผลแต่ละช่วงกิจกรรมเพื่อนำผลไปใช้ในการส่งเสริมตามผลที่ได้รับเพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง
3. ควรประยุกต์โปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมให้ครอบคลุม โรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุปัจจัยในการนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Depression [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 26]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression
2. กรมสุขภาพจิต. 10 กันยายน ป้องกันการฆ่าตัวตายโลก กับ 10 เรื่องที่ควรรู้ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30428
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: The Guilford Press; 1997.

4. Hoffman S, Hatch MC. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. Health Psychol. 2000 Nov;19(6):535-43.
5. นงนภัส วงษ์จันทร, รุ่งอรุณ พุ่มเจริญ, อัจฉรา ศรีสุภรกรกุล. ความเครียดและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2566; 29(4):103-17.
6. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, ดวงพร แสงสุวรรณ, สุภาพักตร์ หาญกล้า, อัญชลี อ้วนแก้ว. ความเครียดและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2566;46(4):8-21.
7. Ramanuj P, Ferenchick EK, Pincus HA. Depression in primary care: part 2-management. BMJ. 2019 Apr 8;365:l835. doi: 10.1136/bmj.l835.
8. Lewinsohn P. A Behavioral Approach to Depression. In: Friedman RJ, Katz MM, editors. The Psychology of Depression: Contemporary theory and research. New York: John Wiley & Sons; 1974.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 1988.
10. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3/2557). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
11. มุกดา ศรียงค์. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA]). กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2522.
12. ประสิทธิ์ วิริยะกิจไพบูลย์. หญิงตั้งครรภ์ระวัง! “แค่เครียด” ก็เสี่ยง 4 โรคจิตเวช [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 256 ก.ค. 17]. เข้าถึงได้จาก: https://healthsmile.co.th/blog-th/mental-health/stress-induce-4-psychic-diseases-in-mother/
13. สาวิตรี วงค์ประดิษฐ์, โสเพ็ญ ชูนวล, สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้. 2565;9(1), 29-41.
14. ไพบูลย์ วรรณศิริ. ผลของโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(6):702-8.
15. สุพัตรา สุขาวห, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ, ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร. การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2567;38(2):69-86.

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

**รัตนา บุญพา, พย.ม.[*], วรางคณา บุตรศรี, วท.ม.[*a], พระครูธีรธรรมบัณฑิต, ปร.ด.[**]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ จำนวน 126 รูป เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 45.09 ปี (SD=16.93) จำนวนพรรษาเฉลี่ย15.67 พรรษา (SD=14.70) ระดับการศึกษาทางธรรม จบระดับนักธรรมเอก ร้อยละ 79.40 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรี ร้อยละ 41.30 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.38 กิโลกรัมต่อตารางเมตร อ้วนระดับหนึ่ง ภาวะสุขภาพมีโรคประจำตัวร้อยละ 50.62 ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 26.19 รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.71 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 11.72 ความต้องการด้านสุขภาพ มีความต้องการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 58.73 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 3.93 (SD=0.40) ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยการมีโรคประจำตัว (r=0.748, p-value<0.001) และดัชนีมวลกาย (r=0.645, p-value<0.001)

ผลการวิจัย ควรมีการส่งเสริมการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ โดยเฉพาะการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับดัชนีมวลกาย การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง

**คำสำคัญ:** ปัจจัย; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พระสงฆ์

[*] อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[**] พระอาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

[a] Corresponding author: วรางคณา บุตรศรี Email: warang924@gmail.com

***รับบทความ: 26 ก.พ. 68; รับบทความแก้ไข: 25 มี.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 25 มี.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 26 เม.ย. 68***

# Factors Related to Health Literacy of Buddhist Monks in Mueang Ubon Ratchathani District, Ubon Ratchathani Province

**Rattana Boonpha, M.N.S.[*], Warangkana Bootsri, M.Sc.[*a], Phrakru Thirathambundit, Ph.D.[**]**

## Abstract

The study investigated factors related to health literacy of Buddhist monks in Mueang Ubon Ratchathani district, Ubon Ratchathani province. Samples were comprised of 126 monks. Data were collected using questionnaires, validated by experts for content validity and tested on a non-sample group of 30 monks, yielding a reliability coefficient of 0.96. Data analysis was conducted using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficients to examine relationships. The results indicated that the average age of the samples was 45.09 years (SD=16.93) with an average age of 15.67 years (SD=14.70) of monkhood. Most had completed the highest level of Buddhist education (79.40%), and the majority held a bachelor's degree (41.30%). The average Body Mass Index (BMI) was 26.38 kg/m², indicating some level of obesity. Regarding health conditions, 50.62% had chronic diseases, including diabetes (26.19%), hypertension (12.71%), and high cholesterol (11.72%). Health needs included an annual health check-up (58.73%). Overall health literacy was rated as good, with an average score of 3.93 (SD=0.40) Factors affecting health literacy included having chronic diseases (r=0.748, p-value<0.001) and BMI (r=0.645, p-value<0.001).

Recommendations included promoting health management among monks, specifically improving health literacy, encouraging physical activities, providing knowledge about BMI, and conducting annual health check-ups to reduce risk factors associated with chronic diseases.

**Keywords:** Factors; Health literacy; Buddhist monks

## บทนำ

[*] Lecturer, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok institute

[**] Lecturer, Mahachulalongkornrajavidyalaya University

[a] Corresponding author: Warangkana Bootsri Email: warang924@gmail.com

***Received: Feb. 26, 25; Revised: Mar. 25, 25; Accepted: Mar. 25, 25; Published Online: Apr. 26, 25***

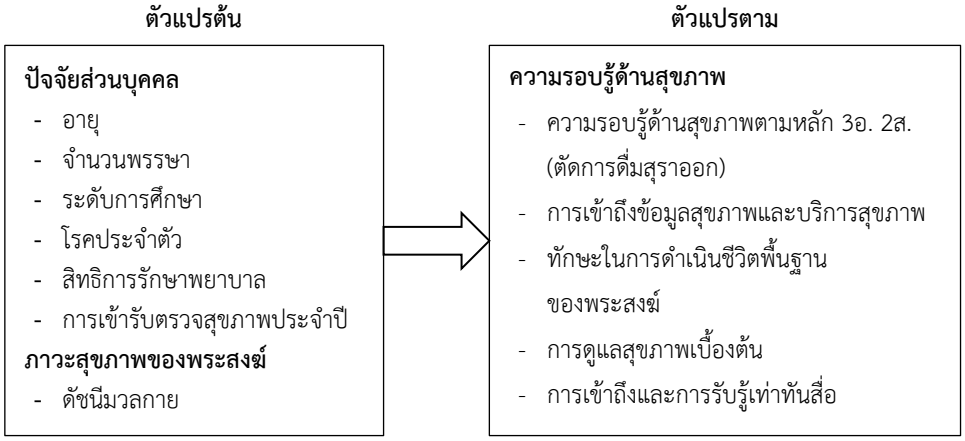
สังคมไทยเป็นสังคมที่พระพุทธศาสนามีอิทธิพลต่อวิถีการดำรงชีวิต ค่านิยม และความเชื่อ โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้สืบทอดพระพุทธศาสนา การที่พระสงฆ์จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์นั้นจะต้องมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากสถานการณ์ปัจจุบันภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ไทย พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยข้อมูลพบว่าโรคที่พระสงฆ์อาพาธเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์มากที่สุด 5 อันดับได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมการใช้ชีวิต[1] ผลการคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศ พบว่า พระสงฆ์ที่มีปัญหาด้านสุขภาพมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2560 พระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ทั่วประเทศ ด้วยโรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานมากที่สุด และมีแนวโน้มที่จะป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคไต ด้วยอัตราสูงที่ขึ้นทุกปี[2] มีสาเหตุหลักมาจากการฉันอาหาร ตามที่ผู้มีจิตศรัทธานำมาถวายซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารสำเร็จรูป มักเป็นอาหารประเภทแกงเขียวหวาน พะโล้ ผัดกะเพรา หรือของมันของทอด รวมไปถึงน้ำหวานหรือเครื่องดื่มชูกำลัง ร่วมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่การออกกำลังกายโดยการปฏิบัติตามกิจวัตรของพระสงฆ์เท่านั้น เพราะกลัวผิดธรรมวินัย รวมไปถึงขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ[3] โดยจากการศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีทั้ง 4 มิติของพระภิกษุสงฆ์พบว่า พระสงฆ์มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ร้อยละ 45 มีอาการนอนไม่หลับจากความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากไม่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้พระสงฆ์ไม่ได้รับการดูแลสุขภาพระหว่างเจ็บป่วยเท่าที่ควร และยังพบว่ามีพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมกับมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมและฟื้นฟูสุขภาพอย่างถูกต้องเป็นจำนวนมาก ทำให้พระสงฆ์ขาดการฉันยาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการทำกายภาพบำบัดและการส่งเสริมสุขภาพที่จำเป็น[4] นอกจากนี้ผลการสำรวจการสูบบุหรี่ของพระสงฆ์ พบว่า สูบบุหรี่ร้อยละ 21.7 และร้อยละ 56.9 ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับผลจากการเก็บข้อมูลพระสงฆ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าพระสงฆ์ในเขตเมืองเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่านอกเขตเมือง จากการเก็บข้อมูลฝั่งฆราวาสพบว่า อาหารส่วนใหญ่ที่นำมาถวายพระมาจากการซื้ออาหารชุดใส่บาตร โดยเลือกอาหารตามความสะดวก ราคา เมนูที่ผู้ล่วงลับชอบบริโภค ซึ่งเมนูหลักที่แม่ค้านิยมขายคือ ไข่พะโล้ แกงเขียวหวาน หมูทอด และขนมหวาน ทำให้พระสงฆ์จำเป็นต้องฉันเพื่อให้ญาติโยมได้บุญ ไม่เสียศรัทธา นอกจากนี้ยังพบว่า พระสงฆ์ออกกำลังกายน้อย โดยใน 1 วัน พระสงฆ์เดินเบาประมาณ 30 นาที พระสงฆ์จึงเป็นกลุ่มที่มีโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพต่ำ ได้แก่ ขาดการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี และมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย[5] จากผลการตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ ในเครือข่ายโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ์ จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 375 รูป พบว่าพระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากที่สุด ร้อยละ 51 คือ โรคความดันโลหิตสูง การเจ็บป่วยของพระสงฆ์มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ เนื่องจากพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกฉันอาหารเองได้ ต้องฉันอาหารที่ญาติโยมนำมาถวาย ประกอบกับพระสงฆ์ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ทำให้เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ[6] และจากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์

กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2560 จำนวน 218 รูป พบว่ามีความชุกของการเจ็บป่วย ร้อยละ 14.68 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 65.63 รองลงมาคือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 18.75 และพบว่าปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี และความถี่ในการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.014, p<0.001, p<0.001 และ p=0.015 ตามลำดับ)[7]

ดังนั้น เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์มีความรู้ความเข้าใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ในการสร้างเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง จึงควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อยกระดับสุขภาวะของคณะสงฆ์ไทยโดยเฉพาะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายกายและจิตใจ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการยกระดับสุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าระดับพื้นฐานอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ เมื่อคณะสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีก็จะช่วยยกระดับงานด้านการสาธารณสงเคราะห์วิถีพุทธให้ดีมากขึ้น โดยทำศึกษาในพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ในวัดเขตเทศบาลเมืองอุบลราชธานี เนื่องจากมีที่ตั้งของแต่ละวัดตั้งอยู่กลางชุมชนเมืองและเป็นศูนย์รวมของประชาชน สามารถดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครอบคลุม สามารถนำมาสรุปผล เก็บข้อมูลที่มีรายละเอียดได้ชัดเจนมากขึ้น และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของพระสงฆ์

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้ได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Nutbeam[8] และนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิด 5 ด้านได้แก่ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะในการดำเนินชีวิตพื้นฐานของพระสงฆ์ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการเข้าถึงและการรับรู้เท่าทันสื่อ




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

## วิธีดำเนินการวิจัย

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการศึกษา เป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาที่วัดในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 199 รูป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณจากการกำหนดขนาดตัวอย่างจากงานวิจัยการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ ในจังหวัดปัตตานี [9] ซึ่งทราบจำนวนประชากรและประมาณค่าสัดส่วนประชากร กำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ระดับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ จำพรรษาที่วัดมากกว่า 3 เดือนขึ้นไปและได้รับหนังสือสุทธิสำหรับพระภิกษุสามเณร อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวนทั้งหมด 126 รูป ดังนี้

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

โดยกำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
N = จำนวนประชากรทั้งหมด (199 รูป)
Z = กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96
P = สัดส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ เท่ากับ 0.67
e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้มีค่าเท่ากับ 0.05

เมื่อแทนค่าในสูตร $n = \frac{199\times(1.96)(1.96)\times(1-0.67)\times0.67}{(0.05)^2(199-1)+(1.96)(1.96)\times(1-0.67)\times0.67}$ = 126 รูป

**เครื่องมือการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองประกอบด้วยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ และภาวะสุขภาพได้แก่ดัชนีมวลกายและการมีโรคประจำตัวจำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. (โดยตัดการดื่มสุราออกเนื่องจากพระสงฆ์ไม่ดื่มสุรา) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะในการดำเนินชีวิตพื้นฐานของพระสงฆ์ การดูแลสุขภาพเบื้องต้น และการเข้าถึงและการรับรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับคือ เห็นด้วยมากที่สุดให้ 5 คะแนน เห็นด้วยมากให้ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อยให้ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึงความรอบรู้

ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาและภาษาก่อนนำไปทดลองใช้ นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับพระสงฆ์ในอำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 15 ชุด แล้วนำมาวิเคราะห์หาระดับความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยใช้วิธีการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นด้านความรู้เท่ากับ 0.81

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2566 ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ โดยก่อนดำเนินการวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างให้ทราบ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลไม่เกิน 30 นาที

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคลใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัว การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้การทดสอบ t–test for independent groups และการหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษาพยาบาลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้การทดสอบ ANOVA

**การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล**

ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ เลขที่ EC 1/2566 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการให้ผู้เข้าร่วมวิจัย อ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัยพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา สิทธิเข้าร่วมโครงการวิจัย ความเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับจากการเข้าร่วมงานวิจัย ข้อมูลที่ได้รับถือเป็นความลับนำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถไม่ตอบข้อคำถามหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยขอความยินยอมโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

## ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ปรากฏผลดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 126 รูป ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.70 อายุเฉลี่ย 45.09 ปี อายุสูงสุด 84 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี จำนวนพรรษาอยู่ระหว่าง 11-20 พรรษา คิดเป็นร้อยละ 21.40 จำนวนพรรษาเฉลี่ย 15.67 พรรษา จำนวนพรรษาสูงสุด 60 พรรษา จำนวนพรรษาต่ำสุด 1 พรรษา ระดับการศึกษาทางธรรม ส่วนใหญ่จบระดับนักธรรมเอก คิดเป็นร้อยละ 79.40 ระดับการศึกษาทางโลก ส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 41.30 ดัชนีมวลกาย

ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 25.0-29.9 kg/m$^2$ (อ้วนระดับ 1) ดัชนีมวลกายสูงสุด 35.55 kg/m$^2$ ดัชนีมวลกายต่ำสุด 17.12 kg/m$^2$ ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.38 kg/m$^2$ ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.50 และป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 26.19 รองลงมา โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.71 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 11.72 ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 58.73 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 71.40 การตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 73.00

**ตารางที่ 1** ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (n=126)

| ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | mean | SD | การแปลผล |
|---|---|---|---|
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. | 3.40 | 0.22 | ปานกลาง |
| การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ | 4.12 | 0.29 | ดี |
| ทักษะในการดำเนินชีวิตพื้นฐานของพระสงฆ์ | 4.02 | 0.30 | ดี |
| การดูแลสุขภาพเบื้องต้น | 4.09 | 0.31 | ดี |
| การเข้าถึงและการรับรู้เท่าทันสื่อ | 4.05 | 0.49 | ดี |
| **รวม** | **3.93** | **0.32** | **ดี** |

จากตารางที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=3.93, SD=0.32) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=4.12, SD=0.29) รองลงมาคือการดูแลสุขภาพเบื้องต้นอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=4.09, SD=0.31) และการเข้าถึงและการรับรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X}$=4.05, SD=0.49) ส่วนข้อที่อยู่ในระดับปานกลางคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ($\bar{X}$=3.40, SD=0.22)

**ตารางที่ 2** ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี (n=126)

| | ค่าความสัมพันธ์ | p-value |
|---|---|---|
| อายุ[1] | 1.680 | 0.432 |
| จำนวนพรรษา[1] | 1.769 | 0.883 |
| ระดับการศึกษา[1] | 1.498 | 0.960 |
| โรคประจำตัว [2] | 0.645 | <0.001* |
| สิทธิการรักษาพยาบาล[1] | 2.744 | 0.254 |
| การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำประจำปี[1] | 1.690 | 0.865 |
| ภาวะสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย) [2] | 0.748 | <0.001* |

[1] วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย t-test for independence groups [2] วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย ANOVA

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<0.01

จากตารางที่ 2 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำประจำปี ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพคือปัจจัยการมีโรคประจำตัว r=0.645, p-value<0.01 และภาวะสุขภาพ (ดัชนีมวลกาย) r=0.748, p-value<0.01

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

| ปัจจัย | ความรอบรู้ด้านสุขภาพ | p-value |
|---|---|---|
| ปัจจัยการมีโรคประจำตัว | r =0.645 | 0.001 |
| ปัจจัยดัชนีมวลกาย | r =0.748 | 0.001 |

จากตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ปัจจัยการมีโรคประจำตัว r=0.645, p-value<0.001 และปัจจัยดัชนีมวลกาย r=0.748, p-value<0.001

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 28.60 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกับดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐาน คืออ้วนระดับ 1 ร้อยละ 26.20 สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี [10] พบว่าพระภิกษุสงฆ์ มีค่าดัชนีมวลกายที่เกินกว่ามาตรฐาน คืออ้วนในระดับ 1 และ 2 รวมกันคิดเป็นร้อยละ 59.38 การมีโรคประจำตัว พบว่ามีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 63.50 โรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 26.19 12.71 และ 11.92 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดพิจิตรจำนวน 360 รูป[11] ผลการศึกษาพบว่า โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=3.93, SD=0.40) ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=3.40, SD=0.22) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับทฤษฎีของ Nutbeam ที่กล่าวว่าหากบุคคลมีความรอบรู้ในระดับที่เพียงพอ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีตามไปด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว (r=0.645, p-value<0.001) และดัชนีมวลกาย (r=0.748, p-value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ในอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่[12] พบว่าปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.018) ทั้งนี้เนื่องจากพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัวมีปัญหาให้ต้องแก้ไขเกี่ยวกับสุขภาพเป็นประจำ ส่งผลให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจากการศึกษาของมินตรา สาระรักษ์[7] ที่พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ของพระสงฆ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) จากการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายของพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน คือ อ้วนระดับ 1 มีค่าใกล้เคียงกับดัชนีมวลกายปกติ ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา[13] พบว่าพระสงฆ์ที่มีดัชนีมวลกายปกติ จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ทำให้สุขภาพดี จึงทำให้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้**

1. นำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมให้พระสงฆ์ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาวะโดยเฉพาะในประเด็นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพและการเข้าถึงสิทธิ
2. แนวทางการศึกษาวิจัยต่อยอดการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีประสิทธิภาพ

**ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรทำการศึกษาแบบมีส่วนร่วม (Action research) ระหว่างพระสงฆ์และชุมชน เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเกิดความยั่งยืน
2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณควบคู่ เพื่อทราบผลข้อมูลสุขภาพในเชิงลึก เพื่อให้สามารถนำไปวางแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. ขนิษฐา วิศิษฏ์เจริญ, กมรวรรณ อัครพงศกร, จารุวรรณ ต่ายเถาว์, ณัฐรินีย์ ปักษี, นัทธมน เงินลุน, ปาริชาติ ผลทอง และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2564;13(1):266-82.
2. ศรีเมือง พลังฤทธิ์. สถานะสุขภาพและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2562;37(2):133-42.
3. Angkatavanich, J., Ariyapitipun, T.,Wisestrith, W., Prasobtham, J., & Punpanich, D. Nutritional situation among Buddhist monks from Healthy Monks Healthy Nutrition Project. Bangkok: Panyamit Press; 2017.
4. ศนิกานต์ ศรีมณี, ชนิดา มัททวางกูร, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, ระชี ดิษฐจร, พรรณี ตรังคสันต์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์ของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2561; 19(37):22-38.
5. อารญา โทปัญจ่า, ประทีป กาลเขว้า, เบญญาภา กาลเขว้า. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 4(1):38-48.

6. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. เดินหน้า 'ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ' แก้วิกฤตสุขภาพพระสงฆ์ไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nationalhealth.or.th/en/node/1251
7. มินตรา สาระรักษ์, วรารัตน์ สังวะลี, วิลาศ คำแพงศรี. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2560; 19(1):37-48.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008 Dec;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
9. สนธนา สีฟ้า. การศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ ในจังหวัดปัตตานี. วารสารวิชาการ สถาบันการพลศึกษา. 2561; 10(1):117-25.
10. จรรยา นราธรสวัสดิกุล, ประพันธ์ เข็มแก้ว. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2563; 1(1):10-23.
11. ธีราเมษฐ์ จิราวุฒิพันธ์, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, เดชา ทำดี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคเรื้อรังหลายโรคร่วม. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565; 49(3):42-55.
12. คณิศฉัตร์ วุฒิศักดิ์สกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2561; 24(1):71-83.
13. กฤติกา หงษ์โภคาพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2567; 18(2):606-19.

# มุมมองต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง

**วัชรินทร์ วงษาหล้า[*], มโนไท วงษาหล้า[**a], เดือนเพ็ญ สิงห์ทอง[***]**

## บทคัดย่อ

ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าค่าปกติส่งผลต่อการแข็งตัวของหลอดเลือดซึ่งมีผลกระทบต่ออวัยวะในร่างกาย การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ลดลงและอยู่ในระดับปกติจึงมีความสำคัญต่อการลดหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้มีภาวะเบาหวาน ซึ่งสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองในการปรับเปลี่ยนและคงพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเบาหวานที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เดี่ยวเชิงลึก โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีภาวะเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดไม่เพิ่มขึ้นในระยะ 3 ปีติดต่อกัน จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า มุมมองในการปรับเปลี่ยนและคงพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 หัวข้อเรื่อง คือ ความกลัวทำให้ก้าว ทำเรื่องง่ายแบบง่าย ๆ และรู้ตัวจึงเห็นเป้าหมาย โดยความกลัวเป็นแรงจูงใจที่สำคัญส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และความง่ายหรือความสะดวกกับการรู้เป้าหมายส่งผลให้สามารถคงพฤติกรรมจนประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่องได้ ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้มีภาวะเบาหวานเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** การจัดการตนเอง; เบาหวาน; ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด

[*] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[**] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[***] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา

[a] Corresponding author: มโนไท วงษาหล้า Email: manothai@knc.ac.th

***รับบทความ: 31 มี.ค. 68; รับบทความแก้ไข: 21 เม.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 22 เม.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 28 เม.ย. 68***

# Perspectives on Successful Behavioral Modification for Sustained Blood Glucose Control in Individuals with Diabetes

**Vacharin Wongsala[*], Manothai Wongsala[**a], Duanpen Singthong[***]**

## Abstract

Blood glucose levels influence atherosclerosis, subsequently affecting various body organs. Elevated blood sugar levels beyond the normal range contribute to vascular stiffness, which affects various organs in the body. Therefore, controlling blood sugar levels is crucial for reducing or delaying complications associated with diabetes. Glycated hemoglobin (HbA1c) indicates successful blood glucose control and is closely related to individual health behaviors. This qualitative research aimed to explore the perspectives on health behavior modification and maintenance among individuals with diabetes who successfully controlled their blood glucose levels over a sustained period. Data were collected through in-depth, semi-structured interviews with 15 participants diagnosed with diabetes whose HbA1c levels had remained stable or decreased over the past three consecutive years. The data were analyzed using qualitative content analysis. The findings revealed three key perspectives regarding behavior modification: 1) Fear as a driving force, 2) Making it simple and manageable, and 3) Awareness leading to goal-setting. Fear served as the initial motivator for behavior change, while simplicity, convenience, and clear goal-setting contributed to the maintenance of these behaviors and long-term success. These findings can be applied as practical guidelines for promoting self-directed behavior modification among individuals with diabetes to enhance blood glucose control.

**Keywords:** Behavior modification; Diabetes; HbA1c; Self-management

---

[*] Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Phraboromarajchanok Institute

[**] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Phraboromarajchanok Institute

[***] Registered Nurse, Professional Level, Non-Communicable Disease Clinic, Sungneon Hospital, Nakhon Ratchasima

[a] Corresponding author: Manothai Wongsala Email: manothai@knc.ac.th

***Received: Mar. 31, 25; Revised: Apr. 21, 25; Accepted: Apr. 22, 25; Published Online: Apr. 28, 25***

## บทนำ

สำหรับผู้มีภาวะเบาหวาน การป้องภาวะแทรกซ้อนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยภาวะแทรกซ้อนหลักของเบาหวานคือภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) ซึ่งเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) การอักเสบเรื้อรัง (Chronic inflammation) ภาวะเครียดจากออกซิเดชัน (Oxidative stress) และความผิดปกติทางเมแทบอลิซึมที่รุนแรง[1] ระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้เซลล์บุผนังหลอดเลือดทำงานผิดปกติ จนเกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวรุนแรง การแข็งตัวของหลอดเลือดส่งผลให้การส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกายลดประสิทธิภาพลง อวัยวะทั่วร่างกายจึงเสื่อมลงได้เร็วกว่าปกติ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่หลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ จอประสาทตาเสื่อม (Retinopathy) ไตเสื่อม (Nephropathy) และเส้นประสาทเสื่อม (Neuropathy) และภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย (Peripheral vascular disease)[2] ดังนั้นผู้มีภาวะเบาหวานจึงควรควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติเพื่อลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน

น้ำตาลในกระแสเลือดจะอยู่ในรูปน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยวซึ่งส่วนใหญ่คือน้ำตาลกลูโคส สามารถจับตัวกับฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ปริมาณน้ำตาลที่สะสมในเม็ดเลือดแดง (ฮีโมโกลบิน) จึงสามารถสะท้อนค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดช่วงเวลาตลอดช่วงอายุของเม็ดเลือดแดงคือ 100-120 วันที่ผ่านมาได้ การตรวจวัดค่าเฉลี่ยของน้ำตาลกลูโคสในเลือดที่จับกับฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดงนี้เรียกว่า ฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1C: HbA1c) ซึ่งเป็นค่าที่ใช้พิจารณาและประเมินว่าผู้มีภาวะเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีหรือไม่ เนื่องจากการวัดค่า HbA1c มีความน่าเชื่อถือมากกว่าการวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารหรือหลังรับประทานอาหาร นอกจากนี้ HbA1c ยังสามารถสะท้อนถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลัง 2–3 เดือน[3] HbA1c จึงเป็นตัวชี้วัดหลักในการควบคุมและจัดการระดับน้ำตาลในเลือดของผู้มีภาวะเบาหวาน ปัจจุบันได้รับการแนะนำให้ใช้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน รวมถึงการใช้ประเมินความเสี่ยงของบุคคลที่อาจจะพัฒนาไปเป็นเบาหวานในอนาคต[4] ดังนั้น HbA1c จึงเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของผู้มีภาวะเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมมีผลในทางบวกต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[5] และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลทางสังคม[6] สำหรับผู้มีภาวะเบาหวานนั้น มีทั้งผู้ที่ประสบผลสำเร็จและยังไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง ความเข้าใจในบริบทและมุมมองส่วนบุคคลของผู้มีภาวะเบาหวานจึงมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งต่อการแสวงหากลวิธีส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับลักษณะส่วนบุคคล โดยที่ลักษณะธรรมชาติของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถอธิบายผ่าน Stages of Change หรือ The Transtheoretical Model (TTM) ซึ่งเป็นแบบจำลองทางทฤษฎีที่พัฒนาโดย James Prochaska และ Carlo DiClemente เพื่ออธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ทฤษฎีนี้อธิบายขั้นตอน

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีการนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างกว้างขวาง โดยอธิบายขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไว้ 6 ขั้นตอน[7] คือ

1. Precontemplation (ก่อนการใคร่ครวญ) เป็นระยะที่บุคคลยังไม่ตระหนักถึงปัญหา หรือไม่มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอนาคตอันใกล้ อาจเกิดจากขาดข้อมูล ความเชื่อผิด ๆ หรือเคยล้มเหลวในการเปลี่ยนแปลงมาก่อน

2. Contemplation (การใคร่ครวญ) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มตระหนักถึงปัญหาและมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งอาจยังมีความลังเลและอาจต้องการข้อมูลเพิ่มเติมหรือแรงกระตุ้น

3. Preparation (การเตรียมตัว) เป็นระยะที่บุคคลตัดสินใจแน่วแน่ว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมและเริ่มวางแผนลงมือทำ อาจมีการทดลองปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างแล้ว

4. Action (การลงมือทำ) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มลงมือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและดำเนินการอย่างจริงจัง ต้องมีการสนับสนุนและกลยุทธ์เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

5. Maintenance (การรักษาพฤติกรรมใหม่) เป็นระยะที่บุคคลสามารถรักษาพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่อง ต้องมีการเฝ้าระวังและปรับตัวเพื่อป้องกันการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม

6. Termination or Relapse (การยุติการเปลี่ยนแปลง หรือกลับไปทำพฤติกรรมเดิม ๆ) เป็นระยะที่บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถาวรและไม่มีแนวโน้มกลับไปทำพฤติกรรมเดิมอีก หรือหากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่สำเร็จอาจเป็นการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม

ถึงแม้ว่าแนวคิด TTM มีประสิทธิภาพในการสนับสนุนบุคคลผู้มีภาวะเบาหวานหรือเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างดี โดยเฉพาะการช่วยให้บุคคลมีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบริบทส่วนบุคคล[8] แต่อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามลำดับขั้นตอนของ TTM นั้นยังคงต้องอาศัยความสามารถและทักษะเฉพาะบุคคลในการจัดการตนเองให้ประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นการที่บุคคลจะประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จะต้องมีขั้นตอนของการจัดการตนเองที่ชัดเจนและต้องมีการประเมินผลของการกระทำเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น[9] ทักษะการจัดการตนเองจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้มีภาวะเบาหวานที่จะควบคุมกำกับตนเองให้มีพฤติกรรมอันพึงประสงค์จนประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ด้วงกลัด และคณะ[10] ที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองส่งผลต่อพฤติกรรมผู้มีภาวะเบาหวานและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ซึ่งการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นทักษะการกำกับความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมตนเองเพื่อการบรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ

1) การประเมินตนเอง (Self-assessment) เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจหรือพิจารณาตนเองว่ามีปัญหาหรือข้อบกพร่องอย่างไร

2) การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เป็นทักษะในการกำหนดเป้าหมาย ประเมินความเป็นไปได้ตามขอบเขตและความสามารถของตนเอง

3) การกำกับตนเอง (Self-monitoring) เป็นทักษะการควบคุมกำกับตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบรรลุเป้าหมาย รวมไปถึงการสำรวจและขจัดปัญหาและอุปสรรคที่ขัดขวางความสำเร็จ

4) การประมาณตนเอง (Self-evaluation) เป็นทักษะการประเมินตนเองว่ามีความสำเร็จเพียงใด รวมทั้งการดำเนินการมีความเหมาะสมหรือควรต้องปรับเปลี่ยนอย่างไร

อย่างไรก็ตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ยังคงต้องอาศัยระยะเวลาและความต่อเนื่อง เพื่อให้กลายเป็นกิจวัตรปกติของแต่ละบุคคล จึงนับเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจปัจจัยที่สามารถกระตุ้นให้ผู้มีภาวะเบาหวานได้เริ่มต้นไตร่ตรองโดยให้คำนึงถึงเหตุผลและความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิม ๆ และวางแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง ตลอดจนค้นหาปัจจัยสนับสนุนให้สามารถคงพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์ได้ยาวนานโดยไม่กลับไปปฏิบัติพฤติกรรมเดิม[7] โดยหนึ่งในแนวคิดการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับปัจจัยส่วนบุคคลที่พบว่าใช้ได้ผลดี คือการประยุกต์ใช้วงจร PDSA (Plan Do Study Act) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้ PDSA เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดภาวะพฤฒิพลัง (Active ageing) ในผู้สูงอายุ โดยพบว่าสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามแผนการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้[11] นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องอีกด้วย[12] วงจร PDSA หรือที่รู้จักกันในอีกชื่อหนึ่งว่า วงจร Deming จึงนิยมนำมาใช้ในวงการอุตสาหกรรมและองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ[13,14] โดยวงจรนี้ประกอบด้วยลำดับขั้นตอน 4 ขั้นตอนต่อเนื่องและวนซ้ำ ๆ เพื่อการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง วงจร PDSA เริ่มต้นที่ขั้นตอนวางแผน (Plan: P) ซึ่งหมายถึงการระบุเป้าหมายและสร้างแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น ขั้นตอนลงมือทำ (Do: D) คือการดำเนินการตามแผนที่วางไว้เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ขั้นตอนศึกษา (Study: S) จะเป็นการประเมินผลของกิจกรรมที่ได้ดำเนินการไป เพื่อตรวจสอบว่ามีสัญญาณของการปรับปรุงเกิดขึ้นหรือไม่ หรือพบจุดที่ควรปรับปรุงเพิ่มเติม สุดท้ายคือขั้นตอนปรับปรุง (Act: A) ซึ่งเป็นการสิ้นสุดรอบวงจร โดยอาจนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนเป้าหมาย เปลี่ยนวิธีการดำเนินการ หรือทำให้การดำเนินการนั้นกลายเป็นแนวทางถาวร[14] จากลักษณะสำคัญของ PDSA คือมีการเริ่มต้นจากการวางแผนด้วยตนเอง เริ่มต้นจากเป้าหมายเล็ก ๆ ง่าย ๆ และสะดวกของแต่ละบุคคล สนับสนุนการประเมินตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์ และกำหนดแนวทางการพัฒนาด้วยตนเองได้ อีกทั้งยังเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องวนซ้ำซึ่งส่งเสริมให้บุคคลคงพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง[12]

การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นศึกษาสิ่งที่เป็นอิทธิพลหรือแรงบันดาลใจต่อการตัดสินใจริเริ่มและวางแนวทางการดำเนินพฤติกรรมด้วยตนเอง รวมทั้งประสบการณ์การจัดการตนเองให้คงพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) โดยเน้นการศึกษาผ่านมุมมองของผู้มีภาวะเบาหวานที่ประสบผลสำเร็จในการจัดการตนเอง (Self-management) ตามแนวคิดขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Stages of change) ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริม

ประสิทธิภาพการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีพัฒนาการเป็นลำดับและมีความต่อเนื่องจนเป็นปกติวิสัย โดยคาดหวังว่าองค์ความรู้เชิงลึกนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว รวมทั้งอาจนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์หรือโปรแกรมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองสำหรับผู้มีภาวะเบาหวานหรือเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานกลุ่มอื่น ๆ ที่ยังประสบปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษามุมมองในการปรับเปลี่ยนและคงพฤติกรรมสุขภาพของผู้มีภาวะเบาหวานที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง

**คำถามการวิจัย**

ผู้มีภาวะเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่องมีมุมมองในการปรับเปลี่ยนและคงพฤติกรรมสุขภาพอย่างไร

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย**

การศึกษานี้ศึกษามุมมองของผู้มีภาวะเบาหวานที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทางการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อมุ่งหวังที่จะเข้าใจมุมมองอย่างลึกซึ้ง รวบรวมข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview guide) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ[15] ผู้ให้ข้อมูลเป็นประชาชนที่อาศัยในเขตอำเภอหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีภาวะเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ให้ลดลง หรือไม่ให้เพิ่มขึ้นจากปีก่อนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ 3 ปีติดต่อกัน คือ ปี พ.ศ. 2566-2568 และยินดีเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 15 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการรวบรวมข้อมูล**

รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เดี่ยวเชิงลึก ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง เช่น *1) ช่วยบอกเล่าความรู้สึกที่พบว่าตนเองควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีได้ไหม 2) คิดว่าเพราะอะไรถึงควบคุมน้ำตาลได้ อะไรที่ทำให้เราควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี 3) ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมว่า เพราะอะไรหรือทำยังไงบ้างถึงทำได้ผลดีอย่างที่เป็นอยู่ 4) ที่ผ่านมามีอะไรที่เป็นอุปสรรค หรือยุ่งยากลำบากในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดบ้างไหม และ 5) มีอะไรอยากแนะนำหรือบอกคนที่มีภาวะเบาหวานที่เขายังคุมน้ำตาลไม่สำเร็จบ้างไหม* นอกจากนี้ยังมีคำถามเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลึกซึ้งมากขึ้นหรือเพื่อทวนสอบความเข้าใจระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้ข้อมูล เช่น *“คุณป้าหมายถึงตัวเองกลัวว่าลูกหลานจะลำบากเพราะเราใช่ไหม”* หรือ *“เราไม่กล้าถามพยาบาลเพราะเกรงใจเขา อย่างนี้ใช่ไหม หรือเพราะอะไร”*

ในการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกเวลาและสถานที่ ได้แก่บ้านของผู้ให้ข้อมูล ศาลาสาธารณะในหมู่บ้าน ใช้เวลาสัมภาษณ์โดยเฉลี่ยประมาณ 35 นาที โดยรายที่ใช้เวลาน้อยที่สุด คือ 30 นาที และมากที่สุดคือ 1 ชั่วโมงโดยประมาณ บันทึกข้อมูลโดยใช้การจดบันทึกเสียงและบันทึกเสียง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าผู้สัมภาษณ์เป็นบุคลากรทางสุขภาพซึ่งอาจเป็นผลให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเกรงใจและอาจไม่กล้าให้ข้อมูลในบางประการ ผู้สัมภาษณ์จึงระมัดระวังและหลีกเลี่ยงการให้ความเห็นใดหรือคำแนะนำใด ๆ ขณะทำการสัมภาษณ์เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงมุมมองได้โดยอิสระ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ (Qualitative content analysis) ตามหลักการของ Graneheim & Lundman[15] โดยถอดความจากไฟล์เสียงที่บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ออกมาเป็นตัวอักษร จากนั้นผู้วิจัยทั้ง 3 คน ได้แยกกันวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนเดียวกันดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ภาพรวมทั้งหมด (Obtain a sense of the whole) โดยอ่านข้อมูลที่ได้จากการถอดความทั้งหมดเพื่อให้เห็นภาพรวมของข้อมูล ขั้นตอนที่ 2 การระบุหน่วยความหมาย (Identify meaning units) โดยการระบุข้อความหรือประโยคที่แสดงความหมายสำคัญของข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับมุมมองของผู้ให้ข้อมูลต่อความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาแก่นของหน่วยความหมาย (Find out the core of the meaning units) เป็นการย่อความให้เป็นแก่นความหมายสำคัญ โดยการตัดข้อความที่ไม่จำเป็นออก เพื่อให้เหลือแค่ความหมายหลักที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาอันได้แก่ มุมมองต่อความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ขั้นตอนที่ 4 ให้รหัสหน่วยความหมาย (Label meaning units with codes) โดยตั้งชื่อสั้น ๆ ให้หน่วยความหมายที่ถูกย่อลงแล้วในรูปแบบของรหัสคำสั้น ๆ (Code) ขั้นตอนที่ 5 จัดกลุ่มรหัสให้เป็นหมวดหมู่ย่อย (Abstract codes into sub-categories) โดยจัดหมวดหมู่รหัสที่มีความคล้ายกันหรือไปในแนวทางเดียวกันไว้ด้วยกัน เรียกผลที่ได้ว่าหมวดหมู่ย่อย (Sub-categories) ขั้นตอนที่ 6 จัดกลุ่มเป็นหัวข้อหลัก (Abstract sub-categories with similar content to main categories) โดยการจัดหมวดหมู่ย่อยที่มีเนื้อหาคล้ายกันรวมเป็นหมวดหมู่หลักหรือหัวข้อ (Main categories) ขั้นตอนที่ 7 ตรวจสอบและปรับปรุงหมวดหมู่หลักและหมวดหมู่ย่อย (Check and revise categories and sub-categories)

ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลของแต่ละคนมาอภิปรายร่วมกัน เพื่อปรับปรุงความสอดคล้องกับคำถามการวิจัย และความสอดคล้องระหว่างหัวข้อ เพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกันเป็นข้อสรุปโครงสร้างหัวข้อเป็นผลการวิจัยที่ตอบคำถามการวิจัยได้อย่างสอดคล้องและชัดเจน

**การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร**

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา รวมทั้งได้รับการอนุญาตจากผู้มีอำนาจอนุมัติอย่างถูกต้องในการเข้าถึงข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษา อันได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ และค่าน้ำตาลสะสมในเลือด ปี 2566-2568 เมื่อได้รายชื่อผู้คาดหวังที่จะเข้าร่วมให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดแล้ว ผู้วิจัยติดต่อ

ผู้คาดหวังเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัย รวมทั้งสิทธิและหน้าที่ของผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น เป็นการศึกษาความเห็นและประสบการณ์ มีการปกปิดเป็นความลับ ไม่มีผลต่อการรับบริการทางสุขภาพใด ๆ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เดี่ยว และสามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไขหรือผลกระทบกับผู้ให้ข้อมูล หากผู้คาดหวังยินดีเข้าร่วมวิจัยและให้ข้อมูล จึงได้มอบเอกสารรายละเอียดการวิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้คาดหวังศึกษารายละเอียดก่อนตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยอีกครั้ง หากยินดีเข้าร่วมวิจัยจึงให้เซ็นเอกสารแสดงการยินยอมเข้าร่วมวิจัยอย่างเป็นทางการ และเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล การกล่าวถึงผู้ให้ข้อมูลจึงใช้นามสมมุติกับระบุเพศและอายุโดยไม่กล่าวถึงชื่อจริงหรือข้อมูลที่อาจเชื่อมโยงถึงบุคคล นอกจากนี้ข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการเก็บรักษาในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยคนที่ 2 ที่มีการป้องกันโดยใช้รหัสผ่านอย่างเข้มงวด กระบวนการวิจัยทั้งหมดดำเนินการภายใต้ข้อกำหนดของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

## ผลการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูลคือผู้มีภาวะเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ให้ลดลงได้อย่างต่อเนื่องติดต่อกัน 3 ปี แสดงมุมมองต่อความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้อย่างต่อเนื่องเป็น 3 หัวข้อเรื่อง ได้แก่ *1) ความกลัวทำให้ก้าว 2) ทำเรื่องง่ายแบบง่าย ๆ* และ *3) รู้ตัวจึงเห็นเป้าหมาย* โดยแต่ละหัวข้อเรื่องมีรายละเอียดต่อไปนี้

**1. ความกลัวทำให้ก้าว**

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า เมื่อรู้ตัวว่ามีภาวะเบาหวานในครั้งแรก รู้สึกกังวลเล็กน้อย เพราะไม่คาดคิดมาก่อน และเห็นว่าผู้ป่วยอายุรุ่นราวคราวเดียวกันกับตนเองก็ยังใช้ชีวิตเป็นปกติ จึงไม่กังวลมากนัก จนกระทั่งได้พูดคุยกับเพื่อนที่มีภาวะเบาหวานหลาย ๆ คน จึงเกิดความกังวลและคิดว่าต้องดูแลตัวเองให้ดีขึ้น เพราะกลัวต้องใช้ชีวิตอย่างเป็นทุกข์ และที่สำคัญมาก ๆ คือ กลัวจะเป็นภาระแก่ลูกหลาน ทำให้ชีวิตลูกหลานและครอบครัวลำบาก

*“ทีแรกก็แปลกใจอยู่ ไม่คิดว่าตัวเองจะเป็นเบาหวาน เพราะออกกำลังกายประจำ แต่ก็ไม่ได้กังวลอะไรมาก เห็นใคร ๆ เขาก็เป็นกัน ก็เห็นอยู่กันปกติ แต่พอได้คุยกับเพื่อน ๆ หลาย ๆ คน เขาก็เล่าให้ฟังว่ามันน่ากลัวยังไง ก็เลยต้องดูแลตัวเองมากขึ้น” (หญิง อายุ 62 ปี)*

*“เป็นโรคนี้มันเหมือนรอวันตาย อยู่ ๆ ไปมันก็ไม่หาย ไม่ก้าวหน้า ก็กลัวว่ามันจะมีอะไรแทรกซ้อนแบบต้องตัดขา เบาหวานขึ้นตาอะไรพวกนี้ ก็จะต้องอยู่แบบลำบากลำบน มาเจอเพื่อน ๆ นี่แหละ ก็ได้คุยกัน ก็รู้ว่าต้องทำยังไง” (ชาย อายุ 82 ปี)*

*“ถ้าเราป่วยจนดูแลตัวเองไม่ได้ ก็เป็นภาระลูก เขาจะทำยังไง งานก็ต้องทำ เราก็ต้องช่วยเขาสิ ดูแลตัวเองให้ดี เดี๋ยวลูกลำบาก” (หญิง อายุ 68 ปี)*

เนื่องจากภาวะเบาหวานเป็นภาวะเรื้อรังที่ไม่ก่อให้เกิดผลเสียอย่างกะทันหัน และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ยังใช้ชีวิตได้อย่างปกติ สามารถรับการรักษาด้วยยาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จึงไม่มีความกังวลหรือกลัวผลกระทบจากการเจ็บป่วยครั้งนี้มากนัก แต่เมื่อได้รู้และพิจารณาผลกระทบที่สามารถเกิดขึ้นในระยะยาวจึงมี

ความตระหนักมากขึ้น และต้องปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาชีวิตแก่ตนเอง ครอบครัว และลูกหลาน

**2. ทำเรื่องง่ายแบบง่าย ๆ**

เมื่อเล่าถึงความรู้สึกเมื่อเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า ที่สามารถทำได้เรื่อย ๆ เพราะทำเรื่องที่ไม่ยากเกินไป เพียงแต่ปรับกิจกรรมเล็กน้อย แทบไม่ต้องเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน จึงไม่ต้องเคร่งเครียด เพียงแต่ต้องเคร่งครัดกับตนเองมากขึ้นเล็กน้อย เมื่อปฏิบัติสักระยะก็จะเคยชิน และไม่รู้สึกว่าต้องเคร่งครัดและต้องควบคุมตัวเองแต่อย่างใด และยังสามารถหาความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวได้จากกลุ่มเพื่อน ๆ คือกลุ่มผู้มีภาวะเบาหวานที่ก่อตั้งโดยกลุ่มประชาชนด้วยกันเอง เรียกว่า “กลุ่มกัลยาณมิตร” โดยไม่ต้องรอบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งมีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองโดยไม่ต้องถามความเห็นหรืออาศัยสมาชิกในครอบครัว และคนในครอบครัวก็เข้าใจ สนับสนุนและส่งเสริมอีกด้วย จึงรู้สึกว่าไม่ใช่เรื่องยากที่จะดูแลตนเอง

*“อย่างเรื่องกินข้าว เราก็กินอิ่มเหมือนเดิม แค่รู้ว่าอะไรต้องกินน้อยลง อะไรกินแทนอะไรได้ อยากกินของหวานก็กินได้ แต่ก็ต้องกินข้าวน้อยลง หรือวันนี้กินมาก พรุ่งนี้ก็กินน้อยลง นี่ก็กินเช้าเต็มที่ เที่ยงเต็มที่ เย็นก็น้อย ๆ หน่อย เราจัดการเองได้ ไม่ต้องคอยถามลูกด้วย” (หญิง อายุ 70 ปี)*

*“คนเรามักติดที่รสชาติ เลยได้ของไม่ดีเข้าร่างกาย ผมว่ารสชาติมันเป็นแค่สิ่งสมมุติ เราแค่เคยชินรสอร่อยมันอาจดี แต่มันไม่ดีกับร่างกาย ถ้าเราคิดเสียว่าความอร่อยคือสิ่งดีกับร่างกายเรา อร่อยสุขภาพไม่ใช่อร่อยลิ้น พอกินไปไม่นานของที่ไม่ได้ปรุงเยอะมันก็อร่อยนะ แถมยังสบายใจอีก เพราะรู้ว่ามันดีกับเรา” (ชาย อายุ 82 ปี)*

*“เวลาเราสงสัยอะไรก็ถามจากเพื่อน ๆ กลุ่มกัลยาณมิตรนี่แหละ บางทีไม่ต้องถามเลย เดี๋ยวก็มีคนมาเล่าให้ฟัง เราก็จำมาลองทำบ้าง ไม่ต้องรอให้หมอบอก อย่างน้ำตาลนี่เราก็เจาะเองได้ ไม่ยาก บางคนมีเครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้วของตัวเอง ไม่มีก็ไปเจาะกับกลุ่มของเราที่ตลาดก็ได้” (หญิง อายุ 70 ปี)*

นอกจากนี้ยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่า ที่จัดการกับตัวเองได้ดีเนื่องจากมีเป้าหมายของตนเอง เมื่อปฏิบัติแล้วได้ผลตามที่คาดหวังจึงเกิดกำลังใจและต้องการทำให้ดีขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งมีกำลังใจและภูมิใจเมื่อได้แสดงความสำเร็จของตนให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้รับรู้ด้วย

**3. รู้ตัวจึงเห็นเป้าหมาย**

มุมมองสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลต่อความมุ่งมั่นและความสม่ำเสมอคือ การรู้ระดับน้ำตาลในเลือดของตนเองเทียบกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ควรจะเป็น ด้วยความสะดวกและง่ายโดยการเจาะน้ำตาลในเลือดประจำวันหรือประจำสัปดาห์ได้ด้วยตนเอง ซึ่งนอกจากจะกระตุ้นให้เกิดการตั้งเป้าหมายของตนเองแล้ว ยังสามารถใช้ประเมินความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อีกด้วย

*“พอเจาะน้ำตาลปลายนิ้วดู เราก็รู้ว่ามันเป็นเท่าไหร่ พอมันสูงเราก็ต้องมาพิจารณาตัวเองว่าต้องลด ต้องเพิ่ม การอยู่การกินแบบไหน ถ้าไม่เจาะเลือดก็ไม่รู้ว่าเป็นยังไง ทำไปแล้วมันได้ผลหรือเปล่าเราก็ไม่รู้” (หญิง อายุ 68 ปี)*

ผู้ให้ข้อมูลอธิบายว่า การเป็นเบาหวานถึงแม้จะไม่ได้แสดงอาการรุนแรงทันที แต่ก็รับรู้ว่ามีความเจ็บป่วยที่ต้องระมัดระวังสุขภาพมากกว่าปกติ เมื่อได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา รู้สึกว่าการดูแลตนเองในแต่ละวันนั้นไม่มีความก้าวหน้า เป็นเพียงการยืดเวลาไม่มีความหวัง แต่เมื่อรู้ระดับน้ำตาลของตัวเองและของเพื่อนในกลุ่มแล้ว จึงรู้ว่าตนเองมีอาการระดับใดและมีเป้าหมายที่จะดีขึ้นเพียงใด

*“มันเหมือนทำไปเรื่อย ๆ ไม่ไปไหนมาไหน อยู่ไปวัน ๆ แต่พอรู้น้ำตาลในเลือดของเรากับของเพื่อนมันก็เห็นว่าเขาลดได้ เราเอามาอวดกัน เล่าสู่กันฟังว่าทำยังไง เราก็อยากทำได้แบบเขา ก็ลองทำแบบเขาเจาะปีก่อน 7 กว่า ๆ รอบนี้ว่าจะเอาสัก 6.5” (หญิง อายุ 70 ปี)*

ผู้มีภาวะเบาหวานที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แสดงมุมมองว่าความกลัวผลกระทบของโรคต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและกลัวการเป็นภาระของครอบครัว เป็นผลให้เริ่มตระหนักถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยได้รับองค์ความรู้และแรงสนับสนุนจากกลุ่มกัลยาณมิตร ได้ปรับตัวด้วยกิจกรรมง่าย ๆ ที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองจึงไม่เคร่งเครียดหรือยุ่งยากจนเกินไป และการได้เจาะเลือดวัดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอช่วยให้สามารถตั้งเป้าหมายและประเมินผลการปฏิบัติซึ่งทำให้มีกำลังใจเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ

## การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้มีภาวะเบาหวานนั้นเป็นผลมาจากการตระหนักต่อผลกระทบของภาวะเบาหวานที่มีต่อคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัว (ความกลัวทำให้ก้าว) จึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสม ด้วยทักษะความสามารถในการจัดการตนเอง มีการตั้งเป้าหมายที่ไม่ยุ่งยากต่อการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีความสะดวกในการควบคุมกำกับตนเอง (ทำเรื่องง่ายแบบง่าย ๆ) และสะดวกในการประเมินผล (รู้ตัวจึงเห็นเป้าหมาย) จึงมีความหวังและกำลังใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

**1. ความกลัวทำให้ก้าว**

เมื่อได้รับรู้ข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์และเพื่อนร่วมกลุ่มจึงเริ่มเกิดความกลัวในระดับที่เหมาะสม เป็นความกลัวที่เป็นแรงผลักดันให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Transtheoretical Model: Stages of Change ในขั้นตอนการเกิดความตระหนักหรือ Contemplation[7] ความกลัวนี้จึงเป็นแรงจูงใจแรกเริ่มที่สำคัญให้เริ่มคิดและตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ให้ข้อมูลยังได้สะท้อนให้เห็นถึงการประเมินตนเอง (Self-assessment) ตามกรอบแนวคิดการจัดการตนเอง Self-Management[9] อย่างชัดเจน เมื่อรับรู้ว่าตนเองมีภาวะเบาหวานและคิดถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น เช่น การสูญเสียอวัยวะ การเป็นภาระของบุตรหลาน ทำให้เกิดการทบทวนและประเมินตนเองว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงและมีความจำเป็นต้องจัดการกับโรคนี้ให้ดี กระบวนการนี้นำไปสู่

การตั้งเป้าหมาย (Goal setting) อย่างเป็นรูปธรรม คือการตั้งใจควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค และเพื่อไม่ให้ตนเองเป็นภาระของคนในครอบครัว ซึ่งเป้าหมายนี้เป็นแรงผลักดันสำคัญที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลเริ่มต้นเข้าสู่กระบวนการการจัดการตนเองอย่างจริงจัง

**2. ทำเรื่องง่ายแบบง่าย ๆ**

เมื่อมีความสะดวกในการประเมินตนเองจึงสามารถตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ที่เหมาะสมกับตนเองและไม่ยุ่งยากจนเกินไป แต่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบที่ทำได้จริงในชีวิต เช่น ลดปริมาณอาหารบางชนิด ไม่ละทิ้งอาหารที่ชอบทั้งหมด และใช้วิธีการแลกเปลี่ยนอาหาร หรือควบคุมปริมาณในแต่ละมื้อแทน ในขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลยังมีทักษะของการกำกับตนเอง (Self-monitoring) โดยใช้ผลการตรวจน้ำตาลในเลือดประจำวันหรือประจำสัปดาห์มาใช้ประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้เหมาะสมกับตนเอง และไม่เกิดความเครียดจากการควบคุมโรค นอกจากนี้การได้พูดคุยกับเพื่อนในกลุ่มทำให้สามารถประมาณตนเอง (Self-evaluation) ได้อย่างต่อเนื่องว่าการดูแลสุขภาพของตนเองเหมาะสมหรือควรปรับปรุงเพิ่มเติมในเรื่องใด ซึ่งช่วยให้เกิดความมั่นใจในการจัดการโรคและรักษาพฤติกรรมที่ดีได้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ PDSA Cycle ที่สนับสนุนการวางแผนด้วยตนเอง ตั้งเป้าหมายเล็ก ๆ ที่สะดวกและง่ายสำหรับแต่ละบุคคล รวมทั้งมีการประเมินตนเองเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอีกด้วย[12]

**3. รู้ตัวจึงเห็นเป้าหมาย**

ในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่ามีการกำกับตนเอง (Self-monitoring) ได้อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทั้งในรูปแบบการเจาะปลายนิ้วด้วยตนเองและติดตามค่า HbA1c อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้เท่าทันสถานการณ์สุขภาพของตนเองอย่างใกล้ชิด ช่วยให้สามารถประเมินผลของพฤติกรรมที่ผ่านมาได้อย่างชัดเจน เช่น การเห็นระดับน้ำตาลที่ลดลงหลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังมีทักษะของการประมาณตนเอง (Self-evaluation) อย่างต่อเนื่อง โดยการเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมถึงแลกเปลี่ยนข้อมูลกับกลุ่มเพื่อน ทำให้สามารถสะท้อนความสำเร็จและข้อจำกัดของตนเองได้ เช่น การตั้งเป้าหมายลดค่า HbA1c ในรอบถัดไป หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างที่ยังไม่เหมาะสม สิ่งนี้เป็นหัวใจสำคัญของ Self-Management ที่ทำให้ไม่เพียงแต่รักษาพฤติกรรม แต่ยังสามารถพัฒนาและปรับปรุงตนเองต่อเนื่องจนควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของวงจร PDSA แล้ว การสามารถประเมินตนเองและตั้งเป้าหมายนับเป็นการวางแผน (Plan) ซึ่งเป็นขั้นเริ่มวงจรการพัฒนา การกำกับตนเองให้ปฏิบัติ (Do) มีการพิจารณาประเมินผลการปฏิบัติและเรียนรู้จากประสบการณ์ (Study) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Act) วงจร PDSA จึงน่าจะเป็นวิธีหรือกระบวนการหลักในการควบคุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อไปถึงเป้าหมาย โดยมีทักษะการจัดการตนเอง (Self-management) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนคุณภาพของการมุ่งสู่เป้าหมายของแต่ละบุคคล

โดยสรุปแล้ว การเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลนั้นย่อมมีที่มา โดยจุดร่วมสำคัญคือความกลัวหรือความกังวล และต้องมีเหตุผลของการคงพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนไป รวมทั้งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต้องสามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

**สรุปผลการศึกษา**

การศึกษานี้แสดงมุมมองของผู้มีภาวะเบาหวานที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ได้อย่างต่อเนื่อง มุมมองต่อความสำเร็จนี้สนับสนุนแนวคิดการดำเนินการพัฒนาสุขภาพบุคคลโดยใช้กระบวนการวงจรพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องหรือ PDSA เป็นขั้นตอนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลตามแนวคิด Transtheoretical Model: Stage of Change โดยการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเป็นกุญแจหลักที่จะช่วยให้บุคคลประสบผลสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่เป้าหมายของแต่ละบุคคล ผลของการศึกษานี้ควรใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้มีภาวะเบาหวานหรือเสี่ยงต่อการมีภาวะเบาหวาน โดยเริ่มจากการค้นหาหรือการสร้างแรงบันดาลใจเฉพาะบุคคล อันจะเป็นจุดเริ่มต้นที่เหมาะสมอย่างยิ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง และต้องค้นหาเหตุผลของการที่บุคคลจะยังคงพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีไว้อย่างยาวนานและยั่งยืน รวมทั้งสนับสนุนให้มีการเรียนรู้และประเมินตนเองผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพเดียวกันอย่างกัลยาณมิตร เพื่อหาแนวทางการพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นลำดับ

การบูรณาการแนวคิดทั้ง 3 ประการนี้ช่วยให้บุคคลบรรลุวัตถุประสงค์ทางสุขภาพ อาจเรียกว่าเป็น “วงจรการจัดการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง (PDSA to self-behavior management) ซึ่งสามารถนำไปใช้สนับสนุนให้ผู้มีภาวะเบาหวานที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ริเริ่มการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

1. การสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีความยั่งยืน ควรเริ่มต้นจากการค้นหาแรงจูงใจที่เข้มข้นของแต่ละบุคคลให้พบ เพื่อจะได้ใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการตั้งเป้าหมายอย่างจริงจังตามแนวทางของ Transtheoretical Model โดยใช้ขั้นตอนตามวงจร PDSA cycle และควบคุมประสิทธิภาพด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง (Self-Management)
2. ระหว่างทางของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต้องมีวิธีการประเมินผล (Feedback) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน สะดวกต่อการปฏิบัติ มีความไวในการเห็นการเปลี่ยนแปลง เช่น การตรวจเลือดปลายนิ้ว และผู้มีภาวะเบาหวานต้องสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง จึงจะสามารถสร้างแรงจูงใจให้คงพฤติกรรมที่ดีต่อไปได้
3. ต้องสนับสนุนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหาสุขภาพเดียวกันอย่างกัลยาณมิตร ซึ่งนอกจากผู้ประสบความสำเร็จจะมีกำลังใจในการคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องแล้วยังจะแสวงหาแนวทางที่ดีขึ้น จากการได้รับแรงบันดาลใจจากกลุ่มเพื่อน เพื่อนชวนเพื่อน เพื่อนบอกเพื่อน

4. สำหรับรายที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ต้องค้นหาสาเหตุและแรงจูงใจให้พบ และหลีกเลี่ยงการใช้มุมมองของผู้ให้บริการที่คาดหวังให้ผู้รับบริการปฏิบัติตัวตาม Guideline หรือตัวชี้วัดที่กำหนดโดยบุคลากรทางการแพทย์ แล้วหันมาสนับสนุนผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนดเป้าหมายและแนวทางไปสู่ความสำเร็จด้วยตนเอง

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

1. ควรศึกษาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวในกลุ่มผู้มีความสำเร็จในการควบคุมน้ำตาลในเลือดว่ากว่าจะสำเร็จนั้นมีปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไรหรือไม่

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้ไม่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมน้ำตาลในเลือดกลุ่มผู้ที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ

3. ศึกษาทดลองการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้มีภาวะเบาหวานริเริ่มตั้งเป้าหมายในการควบคุมน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง เพื่อให้ทราบว่าควรใช้แนวทางใดกับแต่ละบุคคลที่มีคุณลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างกัน

## เอกสารอ้างอิง

1. Karakasis P, Theofilis P, Patoulias D, Vlachakis PK, Antoniadis AP, Fragakis N. Diabetes-Driven Atherosclerosis: Updated Mechanistic Insights and Novel Therapeutic Strategies. Int J Mol Sci. 2025 Feb 28;26(5):2196. doi: 10.3390/ijms26052196.
2. Ye J, Li L, Wang M, Ma Q, Tian Y, Zhang Q, Liu J, Li B, Zhang B, Liu H, Sun G. Diabetes Mellitus Promotes the Development of Atherosclerosis: The Role of NLRP3. Front Immunol. 2022 Jun 29;13:900254. doi: 10.3389/fimmu.2022.900254.
3. Yu J, Gao B. Nonlinear relationship between HbA1c and coronary artery calcium score progression: a secondary analysis based on a retrospective cohort study. Diabetol Metab Syndr. 2021 Nov 19;13(1):136. doi: 10.1186/s13098-021-00747-z.
4. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2010 Jan;33 Suppl 1(Suppl 1):S62-9. doi: 10.2337/dc10-S062. Erratum in: Diabetes Care. 2010 Apr;33(4):e57.
5. มยุรี ปะวันนา. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด และผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิชาการสำานักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2566; 8(15):70–82.
6. Ong-Artborirak P, Seangpraw K. Association Between Self-Care Behaviors and Quality of Life Among Elderly Minority Groups on the Border of Thailand. J Multidiscip Healthc. 2019 Dec 16;12:1049-1059. doi: 10.2147/JMDH.S227617.
7. Raihan N, Cogburn M. Stages of change theory [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 24]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556005/

8. Miezah D, Amoadu M, Opoku PN, Junior EM, Zutah J, Obeng P, Sarfo JO. Transtheoretical-Based Model of Intervention for Diabetes and Prediabetes: A Scoping Review. J Diabetes Res. 2024 Apr 29;2024:2935795. doi: 10.1155/2024/2935795.
9. กรรณิการณ์ แสนสุภา, นเรศ กันธะวงค์. การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. วารสารศิลปศาสตร์ราชมงคลพระนคร. 2564; 1(1):25-37.
10. กนกวรรณ ด้วงกลัด, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. โปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2563; 36(1):66-83.
11. Wongsala M, Rosendahl S, Manasatchakun P, Anbäcken EM. Applying the PDSA cycle to a group activity promoting lifestyle change for the active ageing of older Thai adults - a focused ethnography. BMC Geriatr. 2022 Feb 11;22(1):117. doi: 10.1186/s12877-022-02775-4.
12. Wongsala M, Rosendahl S, Anbäcken EM, Manasatchakun P, Holmgren J. Experiences of lifestyle changes among Thai older adults six months after applying the Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycle. BMC Geriatr. 2024 Oct 31;24(1):902. doi: 10.1186/s12877-024-05481-5.
13. Knudsen SV, Laursen HVB, Johnsen SP, Bartels PD, Ehlers LH, Mainz J. Can quality improvement improve the quality of care? A systematic review of reported effects and methodological rigor in plan-do-study-act projects. BMC Health Serv Res. 2019 Oct 4;19(1):683. doi: 10.1186/s12913-019-4482-6.
14. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf. 2014 Apr;23(4):290-8. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001862.
15. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004 Feb;24(2):105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.

# การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11

**ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์*[a]**

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และประเมินผลรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย 1) วิจัยเชิงสำรวจ ใช้แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 369 คน สถิติพรรณนา t-test และการผันแปรทางเดียว และ 2) วิจัยเชิงคุณภาพและกึ่งทดลอง มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 กลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 20 คน ใช้การสนทนากลุ่ม และกลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง 12 สัปดาห์ จำนวน 30 คน สถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัย พบว่า การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระยะเวลาการนอน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีโรคประจำตัว คำแนะนำพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ภาวะโภชนาการเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ มี 4 ขั้น คือ ขั้นที่ 1 มีส่วนร่วมตัดสินใจ ขั้นที่ 2 มีส่วนร่วมดำเนินงาน ขั้นที่ 3 มีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ขั้นที่ 4 มีสวนร่วมประเมินผล ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มที่ 1 แกนนำชุมชน ผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง 12 สัปดาห์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าดัชนีมวลกายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**คำสำคัญ:** ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ; การป้องกันภาวะโภชนาการเกิน; กลุ่มวัยทำงาน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช

[a] Corresponding author: ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์ E-mail: chainarong_54@yahoo.com

***รับบทความ: 4 เม.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 21 เม.ย. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 22 เม.ย. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 28 เม.ย. 68***

# The Model Development of Health Literacy Community to Control Overnutrition for Working Age Group in Regional Health 11

**Chainarong Kaewjumnong**[*a]

## Abstract

The objectives of this research and development project were to examine factors affecting health behavior, to develop a health literate community and to evaluate the developed model of health literate community to control overnutrition among working age group in region health 11. The research consisted of 1) a survey using a questionnaire with 369 samples analyzed with descriptive, t-test one-way ANOVA and 2) qualitative and quasi-experimental research with 2 groups: group 1 with 20 community leaders using focus groups discussions and group 2 with 30 samples participating a 12-week program analyzed with paired sample t-test.

Results showed that the model development of health literacy community to control overnutrition among working age group was divided into 3 phases: phase 1-the study of factors significantly affecting health behavior to control overnutrition for working age group included older age group, sleep duration, and knowledge on overnutrition at $p<0.05$; phase 2-developing a health literate community to control overnutrition consisting of 4 steps: step 1 - participation in decision making, step 2-participation in operations, step 3 - participation in benefits, and step 4 -participation in evaluation; phase 3-evaluation of model for health literate community to control overnutrition for working age group. It was found that community leaders (group 1) had significant higher health literacy and community participation at $p=0.001$ and participants attending a 12-week program (an experimental group) had significantly higher health literacy and health behaviors with significant reduction of body mass index at $p=0.001$.

**Keywords :** Health literate community; Overnutrition control; Working age group

[*] Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Regional Health Promotion Center 11, Nakhon Si Thammarat

[a] Corresponding author: Chainarong Kaewjumnong E-mail: chainarong_54@yahoo.com

***Received: Apr. 4, 25; Revised: Apr. 21, 25; Accepted: Apr. 22, 25; Published Online: Apr. 28, 25***

## บทนำ

สภาพสังคมและการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป มีชีวิตความเป็นอยู่ที่เร่งรีบ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น เช่น การบริโภคอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป การขาดความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการที่ดี รวมถึงไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย จนทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น[1] โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานเป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 พบว่า คนไทยอายุ 18-59 ปี มีภาวะโภชนาการเกินและอ้วนรวมกัน ร้อยละ 41.3[2] จากข้อมูลและสถานการณ์ภาวะโภชนาการของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ในระดับประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2566 พบว่า ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีภาวะโภชนาการเกิน คือ ร้อยละ 20.8, 20.7, 20.7 และ 20.4 ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีภาวะอ้วนระดับ 1 คือ ร้อยละ 20.1, 20.4, 20.6 และ 21.0 ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีภาวะอ้วนระดับ 2 คือ ร้อยละ 6.0, 6.3, 6.6 และ 7.0 และ ภาพรวมร้อยละของประชากรวัยทำงานมีภาวะโภชนาการเกินและอ้วน คือ ร้อยละ 46.9, 47.4, 47.9 และ 48.4 ตามลำดับ[3] ข้อมูลและสถานการณ์ภาวะโภชนาการระดับเขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2566 พบว่า ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีภาวะโภชนาการเกิน คือ ร้อยละ 19.0, 17.5, 17.9 และ 18.1 ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีภาวะอ้วนระดับ 1 คือ ร้อยละ 20.5, 19.6, 20.2 และ 20.5 ร้อยละของประชากรวัยทำงานมีภาวะอ้วนระดับ 2 คือ ร้อยละ 7.2, 7.3, 7.6 และ 7.9 ตามลำดับ[3]

จากการศึกษาปัญหาภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มวัยทำงาน พบว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยพบว่าคนอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงถึง 6 เท่าเมื่อเทียบกับคนปกติและเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน 2-10 เท่า รวมทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและเป็นสาเหตุการตายลำดับต้น ๆ ของคนไทย[4] ภาวะโภชนาการเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มวัยทำงาน[5] และจากการทบทวนวรรณกรรม พบประเด็นปัญหาภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านบุคคล ยังขาดมีความรู้ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน 2) ด้านชุมชน/สังคม การประสานความร่วมมือระหว่างเครือข่าย นำไปสู่การดำเนินงานตามเป้าหมายที่วางไว้ยังมีน้อย และไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการ วางแผน ช่วยเหลือ สนับสนุน ในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และ 3) ด้านองค์กรที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานยังต่างคนต่างดำเนินการ ไม่ได้ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ระบบการติดตามประเมิน การสนับสนุนช่วยเหลือ การนำเทคโนโลยีและการสื่อสารเข้ามาช่วย รวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการนำดำเนินงาน[6]

จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั่วไปในประเทศไทย มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะการอ่านและการเขียน รวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูล เมื่อพิจารณาผลกระทบที่อาจจะเกิดจากความรอบรู้สุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ

จะส่งผลทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองน้อยลง จากการศึกษาของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ทำการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยประชากรกลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรังมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง[7] และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์การดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ในระดับสูงอีกด้วย[8] ดังนั้นหากต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี จึงต้องเริ่มต้นจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนและกลุ่มเสี่ยง ซึ่งถือว่าเป็นการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ “การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ” เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญและมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความสามารถของชุมชนในการกำหนดนโยบาย การวางแผน สร้างการมีส่วนร่วม และจัดรูปแบบกิจกรรมสุขภาพชุมชน จนสามารถทำให้ประชาชน เกิดความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ รู้เท่าทันสื่อ มีทักษะในการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารและการจัดการตนเองเพื่อสุขภาพที่ดี การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลในการธำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน[9] โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีในการป้องกันการเกิดโรคหรือความเสี่ยงสุขภาพได้อย่างยั่งยืน[10]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการเกินได้อย่างเหมาะสม ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของกลุ่มวัยทำงานต่อไป

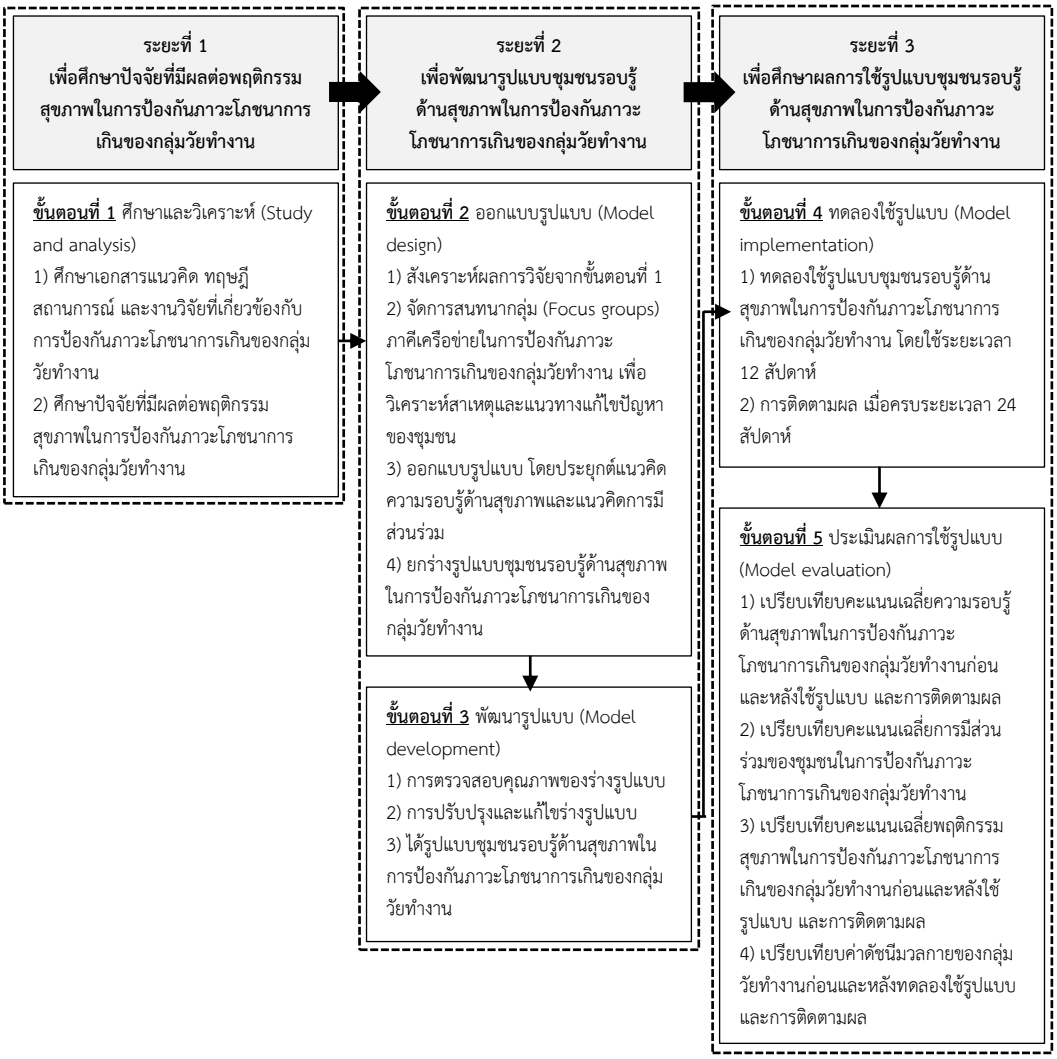
**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11
2. เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีในการวิจัย 2 แนวคิดหลัก คือ 1) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และการตัดสินใจ[9] และ 2) แนวคิดการมีส่วนร่วมดำเนินการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมดำเนินงาน การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์และมีส่วนร่วมประเมินผล[11] แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะ

โภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานและระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน ดังภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ
ในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การวิจัยมี 3 ระยะ ดังนี้

**การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11**

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อต้องการทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน รวมทั้งบริบทชุมชน ข้อมูลและสถานการณ์มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดระรอง ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และภูเก็ต สุ่มเลือกแบบอย่างง่ายได้จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเลือกจำนวน 1 อำเภอ จากทั้งหมด 23 อำเภอ โดยวิธีการจับฉลาก ได้แก่ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช และเลือกตำบล จำนวน 16 ตำบล โดยวิธีการจับฉลาก ได้แก่ ตำบลท่าซัก อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 15-59 ปี จำนวน 8,981 คน[3]

กลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ใช้การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีของ เครซี่และมอร์แกน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 369 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้วิธีการจับฉลากให้ครบตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

เกณฑ์การคัดเข้า มีดังนี้ 1) ประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ระหว่างอายุ 15-59 ปี 2) อาศัยอยู่ในตำบลท่าซัก อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยในเวลาที่กำหนดได้ 2) ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งคำถามปลายปิด และปลายเปิด โดยมีโครงสร้างแบบสอบถามดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระยะเวลาการนอน ระดับการศึกษา อาชีพ ประชุม/อบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ และประเภทการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสื่อสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกิน ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบถูกและผิด การแปลผล[12] ดังนี้ คะแนนร้อยละ 76 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-75 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า การแปลผล[13] ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่าการแปลผล[13] ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีมีพฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับน้อยที่สุด

ส่วน 2.4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า การแปลผล[13] ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.34-2.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนระดับมาก ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33 หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 0.00-0.66 หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ข้อความเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการจัดการภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ปรับปรุงพัฒนาแล้ว ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน โดยมีความตรงตามเนื้อหาได้ค่าดัชนี IOC=0.67 ขึ้นไป และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติและสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน มีผลการทดสอลความเชื่อมั่น ดังนี้ 1) ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน ด้วย KR-20 เท่ากับ 0.85 2) การรับรู้ความความเสี่ยงของพฤติกรรมต่อผลลัพธ์ของภาวะโภชนาการเกิน 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน 4) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และ 5) พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยครอนบาคแอลฟา มีเท่ากับ 0.82, 0.84, 0.90, 0.88 ตามลำดับ

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน โดยใช้สถิติพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน ใช้สถิติการวิเคราะห์ t-test และการผันแปรทางเดียว

**การวิจัยระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11**

เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม ในการพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน โดยประยุกต์แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและแนวคิดการมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งมีส่วนร่วมในพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน มีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มแกนนำชุมชนภาครัฐ ประกอบด้วย บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 3 คน บุคลากรโรงเรียนในพื้นที่ จำนวน 2 คน กลุ่มที่ 2 คือ แกนนำชุมชนภาคประชาชน/เอกชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 4 คน ตัวแทนชุมชน/ชมรม จำนวน 4 คน ตัวแทนภาคเอกชน (สถานประกอบการ) จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 2**

การทบทวนแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผลจากการวิจัยในระยะที่ 1 นำมาพัฒนาแนวคำถามการสนทนากลุ่ม จำนวน 5 ข้อ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือเชิญแกนนำชุมชน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม โดยใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ทบทวนข้อมูลและสรุปประเด็นการสนทนากลุ่ม

**การตรวจสอบข้อมูล**

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ โดยตรวจสอบในทุกประเด็นที่ทำการศึกษา ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบด้านข้อมูล โดยการตรวจสอบแหล่งที่มา เวลา สถานที่ บุคคล เพื่อพิจารณาว่าข้อมูลที่ได้มาเหมือนกันหรือไม่ และการตรวจสอบร่างรูปแบบโดยนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน 2) การตรวจสอบด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบโดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต โดยที่ผู้วิจัยมีส่วนในการดำเนินการทุกกิจกรรม และ 3) การตรวจสอบด้านผู้วิจัย โดยการตรวจสอบข้อมูลจากการเก็บข้อมูล

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลสำคัญมาวิเคราะห์และเรียบเรียง โดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูลเพื่อให้สามารถนำไปสู่ข้อสรุปของเรื่องที่ศึกษาและยกร่างรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11

**การวิจัยระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11**

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบการประเมินผลก่อนและหลังกลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลองโปรแกรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 โดยศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และประเมินผลชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 โดยศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคอ้วนและค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มทดลองโปรแกรมโดยความสมัครใจ คือ กลุ่มวัยทำงาน 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 11 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 1 จังหวัด ใช้วิธีการหยิบฉลากโดยการสุ่มอย่างง่าย หยิบได้จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง และประเมินผลภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในระดับภาวะโภชนาการเกิน ที่มีการรายงานจากระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ปี 2566 จำนวน 30 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพกับแนวคิดการป้องกันภาวะโภชนาการ[9,14] จำนวน 18 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า การแปลผล[13] ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีความรอบรู้ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ[15] จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่าการแปลผล[13] ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับมาก ค่าเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง มีมีพฤติกรรมสุขภาพระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า การแปลผล[13] ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.34-2.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนระดับมาก ค่าเฉลี่ย 0.67-1.33 หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 0.00-0.66 หมายถึง การมีส่วนร่วมของชุมชนระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) โดยมีสูตรคำนวณ ดัชนีมวลกาย = (น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม)/(ส่วนสูงเป็นเมตร)$^2$

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

เปรียบเทียบผลก่อนและหลังดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มแกนนำชุมชน ใช้ทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 2) กลุ่มทดลองโปรแกรม ใช้ทดสอบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าดัชนีมวลกาย ด้วยสถิติพรรณนา ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ด้วยสถิติ Paired t-test

**การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร**

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช รหัสโครงการวิจัย 14/2566 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงเครือข่ายชุมชนที่กำหนดกลุ่มเป้าหมายการวิจัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

## ผลการวิจัย

**การวิจัยระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11**

ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72.1 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 36.6 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 29.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.8 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80.8 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 40.9 ค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 35.5 นอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 75.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.0 ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ร้อยละ 85.6

ปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.6 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.0

ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.8 ประกอบด้วย 1) มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.5 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.3 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.4 4) ทักษะการจัดการเงื่อนไขตนเอง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 44.4 5) ทักษะรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.5 และ 6) ทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.5

มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.2 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.3 มีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.2

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระยะเวลาการนอนต่อวัน และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีโรคประจำตัว การได้รับคำแนะนำด้านดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ t-test และการผันแปรทางเดียว (n=369)

| ปัจจัย | SS | df | MS | F | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| เพศ | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 23.822 | 1 | 23.822 | 1.027 | 0.311 |
| ภายในกลุ่ม | 8509.397 | 367 | 23.186 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ t-test และการผันแปรทางเดียว (n=369)

| ปัจจัย | SS | df | MS | F | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| อายุ | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 191.277 | 3 | 63.759 | 2.790 | 0.040* |
| ภายในกลุ่ม | 8341.942 | 365 | 22.855 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |
| ระดับการศึกษา | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 80.873 | 4 | 20.218 | 0.871 | 0.482 |
| ภายในกลุ่ม | 8452.347 | 364 | 23.221 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |
| สถานภาพ | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 21.985 | 2 | 10.992 | 0.473 | 0.624 |
| ภายในกลุ่ม | 8511.235 | 366 | 23.255 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |
| การนับถือศาสนา | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 22.287 | 1 | 22.287 | 0.961 | 0.328 |
| ภายในกลุ่ม | 8510.932 | 367 | 23.191 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |
| อาชีพ | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 82.821 | 4 | 20.705 | 0.892 | 0.469 |
| ภายในกลุ่ม | 8450.399 | 364 | 23.215 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |
| ระยะเวลาการนอนต่อวัน | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 170.301 | 2 | 85.150 | 3.727 | 0.025* |
| ภายในกลุ่ม | 8362.919 | 366 | 22.850 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |
| โรคประจำตัว | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 283.183 | 1 | 283.183 | 12.597 | 0.000** |
| ภายในกลุ่ม | 8250.036 | 367 | 22.480 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ t-test และการผันแปรทางเดียว (n=369)

| ปัจจัย | SS | df | MS | F | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| การได้รับคำแนะนำด้านดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 398.056 | 1 | 398.056 | 17.957 | 0.001** |
| ภายในกลุ่ม | 8135.164 | 367 | 22.167 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |
| ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 345.849 | 2 | 172.924 | 7.730 | 0.001** |
| ภายในกลุ่ม | 8187.371 | 366 | 22.370 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 20.509 | 2 | 10.255 | 0.441 | 0.032* |
| ภายในกลุ่ม | 8512.710 | 366 | 23.259 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |
| การมีส่วนร่วมในการจัดการภาวะโภชนาการเกินของชุมชน | | | | | |
| ระหว่างกลุ่ม | 8.108 | 2 | 4.054 | 0.174 | 0.840 |
| ภายในกลุ่ม | 8525.112 | 366 | 23.293 | | |
| รวม | 8533.220 | 368 | | | |

*p-value <0.05, **p-value<0.001

**การวิจัยระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11**

การพัฒนาและยกร่างรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม โดยแกนนำชุมชน จำนวน 20 คน โดยผู้วิจัยสรุปผลการสนทนากลุ่มมีความรู้สึกที่สอดคล้องกัน ดังนี้

1) การรับทราบข้อมูลสถานการณ์ปัญหาภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน คือ รู้สึกเป็นกังวลกับสถานการณ์ปัญหากลุ่มวัยทำงานอ้วนเพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีความเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรค NCDs เพิ่มขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และจัดกิจกรรม/รูปแบบออกกำลังกายที่เหมาะสม

2) ภาพหรือสิ่งที่อยากให้เกิดขึ้นในชุมชนในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน คือ กลุ่มวัยทำงานเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวในการหารายได้หลัก ไม่ป่วยง่าย ไม่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาอย่างจริงจัง โดยมีท่านผู้บริหารท้องถิ่นท่านหนึ่ง กล่าวว่า

*“เราทุกคนต้องช่วยกันเพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพดี ไม่ป่วยเป็นโรคได้ง่าย ผมพร้อมสนับสนุนกิจกรรมและงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงาน”*

3) สาเหตุของภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานในชุมชน คือ คนวัยทำงานไม่เห็นความสำคัญของภาวะโภชนาการเกิน ความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ขาดรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน ไม่ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ

4) การมีส่วนร่วมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน คือท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข อสม. และสถานประการ ควรเข้ามามีส่วนร่วม มีการคัดกรองภาวะโภชนาการ และให้ความรู้ในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ติดตามเฝ้าระวังสุขภาพ กิจกรรมการออกกำลังกาย กำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละหน่วยงานให้ชัดเจน การประสานความร่วมมือ การวางแผนแก้ไขปัญหา และทุกคนในชุมชนร่วมมือกันอย่างจริงจัง

5) ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน คือ การประชุมทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อรับทราบสถานการณ์ ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหา การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะ กิจกรรมทางกาย รวมไปถึงการจัดการด้านอารมณ์และความเครียด โดยกิจกรรมควรจัดต่อเนื่องอย่างน้อย 3-6 เดือน เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงน้ำหนัก

6) รูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 มีรายละเอียดดังนี้ โดยรูปแบบใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ของผู้มีส่วนร่วมในชุมชน คือ แกนนำชุมชน โดยมีประเด็นดังนี้ 1) การนำเสนอนำผลการศึกษาในวิจัยระยะที่ 1 และข้อมูลสถานการณ์ปัญหาและผลกระทบ 2) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 3) การทบทวนบทบาทหน้าที่ 4) การให้ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขปัญหา และ 5) การวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยกลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน มีกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 “รู้จักตนเอง” กิจกรรมที่ 2 “เราทำได้” กิจกรรมที่ 3 “รู้เท่าทันสื่อ” กิจกรรมที่ 4 “รู้จักกิน” และกิจกรรมที่ 5 “หุ่นดี สุขภาพดี” ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ โดยผู้เกี่ยวข้องในชุมชนมี ส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ดังนี้ 1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ภาคีเครือข่ายในชุมชนได้รับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน 3) วัยทำงานมีภาวะโภชนาการเกินลดลง ขั้นที่ 4 การมีสวนร่วมในการประเมินผล โดยผู้เกี่ยวข้องในชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผล แกนนำชุมชนให้ความร่วมมือ เกิดความรอบรู้ มีการติดตามประเมินผล และการรับทราบผลของการจัดกิจกรรมของกลุ่มทดลองอย่างต่อเนื่อง

**การวิจัยระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11**

กลุ่มที่ 1 แกนนำชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการทดสอบปัจจัยก่อนและหลังการของกลุ่มเข้าร่วมพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน

ของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า แกนนำชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมดำเนินงานในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลองโปรแกรมทดลองในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการทดสอบปัจจัยก่อนและหลังการของกลุ่มทดลองโปรแกรมในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า กลุ่มทดลองมีผลประเมินหลังดำเนินการดีกว่าก่อนการทดลอง ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าดัชนีมวลกายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการทดสอบปัจจัยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมทดลองรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 (n=30)

| ลำดับ | ปัจจัย | ก่อนดำเนินการ (Pre-test) | | หลังดำเนินการ (Post-test) | | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | $\bar{x}$ | SD | $\bar{x}$ | SD | | |
| 1 | ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน | 66.47 | 10.46 | 82.33 | 4.40 | -9.452 | 0.000* |
| 2 | พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน | 33.83 | 5.59 | 44.50 | 1.91 | -12.575 | 0.000* |
| 3 | ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) | 25.56 | 2.97 | 24.89 | 3.11 | 7.168 | 0.000* |

* p-value<0.001

## การอภิปรายผล

ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน ของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 พบว่า วิจัยระยะที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระยะเวลาการนอน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีโรคประจำตัว การได้รับคำแนะนำด้านดูแลสุขภาพ/พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกิน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการวิจัยของ วรริศ เมฆนันทไพศิฐ[2] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ความตระหนัก ความรู้ พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกาลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และแรงจูงใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประพันธ์ เข็มแก้ว และนิกรณ์รัตน์ ภักดีวัฒน์[16] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร พบว่า เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ

ความเพียงพอของรายได้ การมีโรคประจำตัว ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิจัยระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 การมีสวนร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนร่วมในชุมชน ขั้นที่ 2 การมีสวนร่วมในการดำเนินงาน กลุ่มทดลองโปรแกรมเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 5 กิจกรรม ขั้นที่ 3 การมีสวนร่วมในการได้รับผลประโยชน์ โดยผู้เกี่ยวข้องในชุมชนจะมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรม และขั้นที่ 4 การมีสวนร่วมในการประเมินผล รับทราบผลของกิจกรรมและแนวทางดำเนินการ สอดคล้องกับการวิจัยของ เพ็ญวิภา นิลเนตร[17] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6 ในระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ โดยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 26 คน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วมคืนข้อมูลและถอดบทเรียนร่วมกัน 2) สร้างคู่มือและสื่อการสอนรูปเล่มและสื่อออนไลน์ 3) อบรมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงาน 4) ติดตามความก้าวหน้าและเยี่ยมเสริมพลัง 5) สร้างพื้นที่ต้นแบบเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุทธพงษ์ ขวัญชื้น[18] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) กำหนดนโยบายการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพแบบบูรณาการ 2) ศึกษาชุมชนโดยมีระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ 3) ทำการวางแผนพัฒนาร่วมกันของภาคีเครือข่ายและประชาชน 4) มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการสื่อสารสุขภาพในชุมชนและโรงเรียน

การวิจัยระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 ทดลองโปรแกรมใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และค่าดัชนีมวลกายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มแกนนำชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการวิจัยของ ยุทธพงษ์ ขวัญชื้น[18] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กลุ่มวัยทำงานอยู่ในระดับดี มากกว่าร้อยละ 70 และสอดคล้องกับงานวิจัยของนิรมล โทแก้ว[19] ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวิถี บวร.ร. ในประชาชนบ้านหนองหิน ต.โคกก่อ อ.เมือง จ.มหาสารคาม พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\bar{x}$=3.99, SD=0.472) และพฤติกรรมสุขภาพ ($\bar{x}$=3.93, SD=0.288) หลังการพัฒนามีคะแนนเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

**ข้อเสนอแนะสำหรับนโยบาย**

การกำหนดนโยบาย วิสัยทัศน์ เป้าหมาย กติกาชุมชนในขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานให้เป็นรูปธรรม การวางแผนงาน/โครงการร่วมกันของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผ่านคณะกรรมการชุมชนและกำหนดบทบาทหน้าที่ สนับสนุนงบประมาณและสิ่งจำเป็น

ในการดำเนินงาน มีการกำกับติดตาม ประเมินผล และเฝ้าระวังภาวะโชนาการเกินผ่านระบบข้อมูลสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงาน การมอบรางวัลบุคคลต้นแบบเพื่อสร้างแบบอย่างที่ดี จัดกิจกรรมสร้างสรรค์อย่างต่อเนื่อง และควรมีการพัฒนาทีมแกนนำชุมชนในการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกิน เพิ่มทักษะและแนวทางการปฏิบัติ

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

กำหนดหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานให้เจน การตั้งเป้าหมายองค์กร ทำตามแผนงานที่วางไว้ เน้นรูปแบบกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมและกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจและกระตุ้นสร้างความตระหนักให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเกินในรูปแบบกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม ผ่านช่องทางการสื่อสารและเทคโนโลยี มีระบบติดตามผ่านออนไลน์ จัดทำเนียบที่ปรึกษาด้านสุขภาพ

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

1. ควรทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงานเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อน การจัดการให้กับชุมชนาและเครือข่ายระดับพื้นที่ นำไปประยุกต์ใช้กับการป้องกันและควบคุมภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยทำงาน ร่วมทั้งสามารถนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มวัยอื่น เพื่อนำมาเปรียบเทียบและสามารถนำกระบวนการหรือวิธีการที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือสามารถควบคุมป้องกันภาวะโภชนาการเกินของกลุ่มวัยอื่นได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. เกษชาด ปัญเศษ, สุกาญฎา กลิ่นถือศีล, อาภาสิณี กิ่งแก้ว, วิยดา วงศ์มณีโรจน์. ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรที่ปฏิบัติราชการส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุขโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด Rama-EGAT Heart Score. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. 2558;25:57-70.
2. วรริศ เมฆนันทไพศิฐ, รังสรรค์ สิงหเลิศ, แดนวิชัย สายรักษา. การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. 2562; 13(3):242-54.
3. กรมอนามัย. รายงานประจำปี สำนักโภชนาการ 2566. นนทบุรี: กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
4. กรมอนามัย. รายงานประจำปี สำนักโภชนาการ 2565. นนทบุรี: กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. World Health Organization. Obesity [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 15]. Available from: https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity

6. ชัยณรงค์ แก้วจำนงค์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเชิงนิเวศวิทยาสังคมต่อการควบคุมภาวะโภชนาการเกินของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2566;31:25-37.
7. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, ฐิติวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ตันหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง, และคณะ. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เครื่องมือสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
9. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008 Dec;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
10. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
11. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development. 1980;8(3):213-35.
12. สำนักงานทะเบียนและวัดผล. คู่มือนักศึกษาระดับปริญญาตรีประจำปีการศึกษา. นนทบุรี: สำนักงานทะเบียนและวัดผล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2564.
13. รัตนะ บัวสนธ์. การประเมินโครงการการวิจัยเชิงปริมาณ. กรุงเทพฯ: คอมแพคซ์ พริ้นท์; 2540.
14. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2562.
15. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ. 2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
16. ประพันธ์ เข็มแก้ว, นิกรณ์รัตน์ ภักดีวัฒน์. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน กลุ่มวัยทำงานในเขตจังหวัดพิจิตร. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2564;2(2):32-42.
17. เพ็ญวิภา นิลเนตร. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 6. ชลบุรี: ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
18. ยุทธพงษ์ ขวัญชื้น. การพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564;17(3):5-14.
19. นิรมล โทแก้ว. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยวิถี บวร.ร. ในประชาชนบ้านหนองหิน ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(1):61-72.

# การพัฒนาอาสาสมัครและสร้างกระบวนการสื่อสารแบบไร้รอยต่อระหว่างการส่งต่อนักท่องเที่ยวฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลของอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง*

**ปิยธรณ์ เร่งเร็ว**[**], **อิสรา โยริยะ**[**a], **ณัฐนันท์ ฐิติยาปราโมทย์**[***], **เบญจวรรณ เลาลลิต**[***], **ณัฐวุฒิ ปัญญา**[****], **นุสรา แสงอร่าม**[****], **ปัณณทัต กัลยา**[***]

## บทคัดย่อ

หลังการแพร่ระบาดของ COVID-19 ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการท่องเที่ยวให้มีความพร้อมและปลอดภัย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อการส่งต่อนักท่องเที่ยวฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อในพื้นที่ห่างไกลของอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป หัวข้อและบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก หัวข้อและบันทึกการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม หัวข้อและบันทึกการสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ทักษะการสื่อสารในการแจ้งเหตุเพื่อส่งต่อผู้ป่วยเบื้องต้น ส่วนที่ 3 ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ส่วนที่ 4 ทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้น

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะต่าง ๆ ระหว่างก่อนการอบรมและหลังการอบรมของกลุ่มอาสาสมัคร โดยใช้ Paired t test เพื่อตอบวัตถุประสงค์การพัฒนาด้านการช่วยฟื้นคืนชีพ การปฐมพยาบาลของอาสาสมัคร เพื่อส่งต่อนักท่องเที่ยวฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อในพื้นที่ห่างไกลอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปางพบว่า กลุ่มตัวอย่างจากการประเมินทักษะการสื่อสารขั้นตอนในการแจ้งเหตุเพื่อส่งต่อผู้ป่วย ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ ทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้น การปฐมพยาบาลเมื่อถูกงูกัด การถูกแมลงมีพิษกัดต่อย การทำแผลและการห้ามเลือด การปฐมพยาบาลกรณีกระดูกหัก หลังการพัฒนาอาสาสมัครพบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาอาสาสมัครอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ในทุกทักษะ จากการศึกษาพบว่าการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลของอาสาสมัครสามารถพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและของทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกลุ่มตัวอย่างได้

**คำสำคัญ:** การพัฒนาอาสาสมัคร; การส่งต่อแบบฉุกเฉิน; การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน; ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

---

* ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

**** อาจารย์ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

[a] Corresponding author: อิสรา โยริยะ Email: Chirra_noom@hotmail.com

***รับบทความ: 23 เม.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 16 พ.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 17 พ.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 17 พ.ค. 68***

# Development of Volunteer and Emergency Tourist-patients Referral System and Communication Process in Seamless Pattern for Remote Community Tourism Destination in Mueang Pan District, Lampang Province*

**Piyathorn Rengrew**[**], **Issara Yoriya**[**a], **Nattanun Thitiyapramote**[***], **Benjawan Laollit**[***], **Nattawut Panya**[****], **Nusara Saengarom**[****], **Pannatat Kanya**[***]

## Abstract

After COVID-19 pandemic, Thailand has placed importance on developing a tourism system that is prepared and safe. This study aimed to develop 30 health volunteers to enable seamless emergency referral of tourists in remote areas of Mueang Pan district, Lampang province. Instruments comprised of a general information questionnaire, interview guides and transcripts for in-depth interviews, non-participatory observation guides and focus group discussion guides and transcripts. Tools were organized into four parts: 1) general Information, 2 ) communication skills for initial emergency reporting and patient referral, 3) basic cardiopulmonary resuscitation, and 4) first aid skills.

A comparison of the average skill scores before and after the training among the group of volunteers was conducted using a paired t-test, with the objective of developing resuscitation and first aid skills for seamless emergency referral of tourists in remote areas of Mueang Pan District, Lampang Province. Results revealed that participants showed improvement in several areas, including communication skills for reporting and referring patients, basic cardiopulmonary resuscitation (CPR) skills, and basic first aid skills. The latter included first aid for snake bites, insect stings, wound care and bleeding control, and fracture management. After the training, the average scores in all these skill areas were significantly higher than the pre-training scores, at p=0.05. The study found that training was effective in improving both basic resuscitation and first aid skills among the participants.

**Keywords:** Health volunteer development; Patient referral, Basic life support; First aid skills

---

* This research was funded by the National Science, Research and Innovation Fund

** Lecturer, Faculty of Nursing, Lampang Rajabhat University

*** Assistant Professor, Faculty of Management Science, Lampang Rajabhat University

**** Lecturer, Faculty of Management Science, Lampang Rajabhat University

[a] Corresponding author: Issara Yoriya Email: Chirra_noom@hotmail.com

***Received: Apr. 23, 25; Revised: May 16, 25; Accepted: May 17, 25; Published Online: May 17, 25***

## บทนำ

จากข้อมูลขององค์กรการท่องเที่ยวโลก[1] พบว่า ในปี 2565 มีจำนวนนักท่องเที่ยวเดินทางระหว่างประเทศในภูมิภาคเอเชีย รวมทั้งสิ้น 84.4 ล้านคน ซึ่งมีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว การท่องเที่ยวเป็นอุตสาหกรรมที่มีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ ที่สร้างรายได้เข้าประเทศเป็นจำนวนมาก โดยประเทศไทยมีสถานการณ์ที่ฟื้นตัวจากการแพร่ระบาดโควิด-19 อย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2564 พบว่า รายได้รวมจากการท่องเที่ยวของประเทศไทยเพิ่มขึ้น 2 เท่า หรือขยายตัวร้อยละ 219.86 จากการเพิ่มขึ้นของนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ[2] ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความสามารถในการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวสูง โดย The Travel & Tourism Competitiveness Index ของ World Economic Forum (WEF)[3] ระบุอันดับความสามารถด้านการท่องเที่ยวของไทยปี 2562 อยู่ในอันดับที่ 31 จาก 139 ประเทศทั่วโลก ปรับดีขึ้นจากอันดับ 34 ในปี 2560 โดยประเทศไทยมีจุดแข็งอยู่ที่ความโดดเด่นด้านทรัพยากรธรรมชาติ โครงสร้างพื้นฐานสำหรับบริการนักท่องเที่ยว และด้านราคา ประเทศไทยสูญเสียรายได้จากนักท่องเที่ยวต่างชาติราว 1.5 ล้านล้านบาท ในปี 2563 จากที่เคยได้รับในปี 2562 จำนวน 1.9 ล้านล้านบาท[4] และในช่วงหลายปีที่ผ่านมาอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวได้รับอิทธิพลจากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไปจากเดิม[5] โดยปัจจุบันพฤติกรรมและความต้องการการท่องเที่ยวที่คำนึงถึงสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับสุขภาพ ความปลอดภัยและความสะอาดมาอันดับหนึ่ง และคำนึงถึงสุขภาพอนามัยของสถานที่ท่องเที่ยวมากยิ่งขึ้น[6] ซึ่งหลังการแพร่ระบาดประเทศไทยจะมุ่งเน้นเพื่อพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวให้มีความพร้อม โดยเฉพาะการท่องเที่ยวในชุมชนที่หน่วยงานภาครัฐพยายามส่งเสริมให้เกิดขีดความสามารถด้านการท่องเที่ยว

นอกจากนี้ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา[7] ได้ติดตามสถานการณ์และตรวจสอบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากความปลอดภัยของนักท่องเที่ยว ได้รวบรวมสถิติการบาดเจ็บและการเสียชีวิตของนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทย พบว่า ในปี 2559 มีนักท่องเที่ยวบาดเจ็บจำนวน 497 ราย และเสียชีวิต จำนวน 204 ราย ในปี 2560 พบว่า มีนักท่องเที่ยวต่างชาติบาดเจ็บ จำนวน 526 ราย และเสียชีวิต จำนวน 230 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยนักท่องเที่ยวต่างชาติที่บาดเจ็บโดยส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 280 ราย ในปี 2559 และจำนวน 288 ราย ในปี 2560 ตามลำดับ รองลงมาเกิดจากอุบัติเหตุทางน้ำ จำนวน 122 ราย ในปี 2559 และจำนวน 104 ราย โดยเฉพาะนักท่องเที่ยวที่เป็นชาวต่างชาตินิยมเลือกใช้บริการรถจักรยานยนต์เนื่องจากสะดวก มีความรวดเร็วในการเดินทาง ราคาไม่สูง ซึ่งนักท่องเที่ยวบางคนอาจจะขาดทักษะและความชำนาญในการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย[8] ปัญหาความปลอดภัยของนักท่องเที่ยวที่เกิดขึ้นทำให้ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์และการตัดสินใจในการเดินทางมาท่องเที่ยวในประเทศไทย และจังหวัดลำปางได้มีการปรับกลยุทธ์การส่งเสริมการท่องเที่ยว โดยส่งเสริมและยกระดับ ชุมชนท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงอยู่หลายชุมชนแต่ที่เป็นจุดดึงดูดนักท่องเที่ยวในช่วงที่ผ่านมา อันเกิดจากความสวยงามของพื้นที่และเอกลักษณ์เฉพาะตัว ได้แก่ชุมชนบ้านป่าเหมี้ยง อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง มีระยะทางห่างจากตัวเมืองจังหวัดลำปางประมาณ 87 กิโลเมตร เป็นชุมชนที่มีการจัดงานเทศกาลดอกเสี้ยวบานในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงมีนาคมของทุกปีและ

เป็นพื้นที่อาศัยของชุมชนกระเหรี่ยงสภาพถนนและการเดินทางลำบาก โครงข่ายการสื่อสารไม่ครอบคลุมพื้นที่ การรับบริการสาธารณสุขไม่ทั่วถึง ฯลฯ จากสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2564[9] พบว่าตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม และอุบัติเหตุที่เกี่ยวกับการจราจรที่เกิดขึ้นใน อำเภอเมืองปาน พบผู้ประสบเหตุจำนวน 238 ราย และมีแนวโน้มสูงขึ้น ข้อมูลในระบบสารสนเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉินพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างทางมีแนวโน้มสูงขึ้น และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการที่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการทางการแพทย์ขั้นสูงตั้งแต่อยู่นอกโรงพยาบาล จะทำให้มีอัตรารอดชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[10]

ดังนั้นความปลอดภัยในการท่องเที่ยวจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ภาครัฐ ภาคเอกชน และชุมชน จะต้องให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในอุตสาหกรรมท่องเที่ยวเพราะเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวไม่ว่าเป็นชาวไทยหรือต่างชาติ เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือภัยพิบัติกับการท่องเที่ยวย่อมส่งผลต่อภาพลักษณ์ของประเทศ ความเชื่อมั่นในการท่องเที่ยวของนักท่องเที่ยวลดลงคณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความปลอดภัยและเพื่อเป็นการศึกษา การยกระดับการท่องเที่ยวของชุมชนให้มีมาตราฐานความปลอดภัยตลอดจนการช่วยเหลือต่อนักท่องเที่ยว โดยการการให้ความช่วยเหลือแกผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย ณ สถานที่เกิดเหตุ โดยใช้อุปกรณ์ที่หาได้ในขณะนั้น ก่อนที่ผู้บาดเจ็บจะได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสงต่อไปยังโรงพยาบาล[9]

## วิธีดำเนินการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PARs) เพื่อดำเนินการวิจัยและสร้างนวัตกรรมในพื้นที่ และดำเนินกิจกรรมของการวิจัยในขั้นตอนต่าง ๆ พื้นที่วิจัย คือ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง จากประชากรจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ชนิด คือ 1) การสัมภาษณ์เชิงลึก 2) การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม 3) การสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ คือ การพรรณนาเนื้อหา ใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Summative content analysis) โดยจำแนกเนื้อหาคำสัมภาษณ์และเนื้อหาจากการสนทนากลุ่ม โดยอาศัยกรอบแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วเขียนบรรยายเชิงพรรณนา โดยที่ผู้เข้าอบรมทุกคนจะได้ปรับการประเมินทักษะด้านต่าง ๆ ผ่านการใช้แบบทดสอบ ก่อนการเข้ารับการอบรม เมื่อการอบรมสิ้นสุดลงจะมีการประเมินทักษะผ่านแบบทดสอบ อีกครั้งหลังการอบรม โดยผู้วิจัยจะทำการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมตั้งแต่ก่อนการอบรม ขณะอบรม และหลังการอบรม การสนทนากลุ่มได้ใช้หลังจากที่มีการอบรมและประเมินทักษะทางแบบทดสอบ โดยการอบรมใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 2 ชั่วโมง

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนาทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของอาสาสมัครเพื่อการส่งต่อนักท่องเที่ยวฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อในพื้นที่ห่างไกลของอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง
2. เพื่อพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลของอาสาสมัครเพื่อการส่งต่อนักท่องเที่ยวฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อในพื้นที่ห่างไกลของอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในพื้นที่อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง จำนวน 30 คน ประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน ประชาชน และผู้ประกอบการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 3 ส่วน โดยที่ส่วนที่ 1 ประกอบไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา บทบาทในชุมชน ข้อมูลส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกตของผู้วิจัย โดยใช้แบบบันทึกการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม แบบบันทึกการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง และส่วนที่ 3 ได้แก่ แบบประเมินทักษะของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการอบรม โดยก่อนการใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้มีการทดสอบความยากและอำนาจในการจำแนกของแบบทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันในอำเภอแจ้ซ้อนพบว่า ค่าความยาก (p) ของแบบทดสอบก่อนการอบรมมีค่าเท่ากับ 0.52 และมีอำนาจในการจำแนก (r) เท่ากับ 0.55 ในขณะที่ค่าความยาก (p) ของแบบทดสอบหลังก่อนการอบรมมีค่าเท่ากับ 0.44 และมีอำนาจในการจำแนก (r) เท่ากับ 0.58 แบบสอบถาม หัวข้อการสังเกตและหัวข้อในการบันทึกการสนทนากลุ่ม ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลผลจากแบบประเมิน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการสื่อสารในการแจ้งเหตุเพื่อส่งต่อผู้ป่วย แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) แบบประเมินทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้น วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) ด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ใช้การวิเคราะห์โดย Paired sample t- test

**การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร**

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 112/2566 โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความยินยอมก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย และสามารถผ่อนตัวจากการวิจัยได้ตลอดการวิจัย การเก็บข้อมูล ทั้งการจัดทำรายงาน ผลวิเคราะห์งานวิจัย และข้อมูลที่เก็บมาได้ ผู้วิจัยจะรักษาเป็นความลับและปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเคร่งครัด

## ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียของชุมชนป่าเหมี้ยง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ประชนชนและผู้ประกอบการในพื้นที่บ้านป่าเหมี้ยง จำนวน 30 คน เป็นเพศชายจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 เพศหญิงจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาคือ กลุ่มอายระหว่าง 20-39 ปี จำนวน 10 คนคิดเป็นร้อยละ 33.3 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7

รองลงมาคิดระดับชั้นประถมศึกษาจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 และระดับปริญญาตรี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของอสม. ผู้นำชุมชน ประชาชน และผู้ประกอบการ

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 11 | 36.7 |
| หญิง | 19 | 63.3 |
| **ช่วงอายุ** | | |
| 13-19 ปี | 1 | 3.3 |
| 20-39 ปี | 10 | 33.3 |
| 40-59 ปี | 17 | 56.7 |
| 60 ปีขึ้นไป | 2 | 6.7 |
| **การศึกษา** | | |
| ประถมศึกษา | 8 | 26.7 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 2 | 6.7 |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. | 14 | 46.7 |
| ปริญญาตรี | 6 | 20.0 |
| **บทบาทในชุมชน** | | |
| ประชาชน | 10 | 33.3 |
| อาสาสมัครสาธารณสุข | 5 | 16.7 |
| ผู้นำชุมชน | 5 | 16.7 |
| ผู้ประกอบการ | 10 | 33.3 |

**ตารางที่ 2** การประเมินทักษะการสื่อสารขั้นตอนในการแจ้งเหตุเพื่อส่งต่อผู้ป่วย

| ทักษะการสื่อสารขั้นตอนในการแจ้งเหตุเพื่อส่งต่อผู้ป่วย | Mean | SD | t | 95%CI | Sig |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการพัฒนาอาสาสมัคร | 62.00 | 8.052 | -5.71 | -10.59, -22.40 | ≤ 0.001 |
| หลังการพัฒนาอาสาสมัคร | 78.50 | 14.68 | | | |

การประเมินทักษะการสื่อสารขั้นตอนการแจ้งเหตุเพื่อส่งต่อผู้ป่วยก่อนและหลังการการอบรมพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษาเท่ากับ 62.00 (±8.05) และหลังการศึกษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 78.50 (±14.68) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนมาเปรียบเทียบกันโดยใช้ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการศึกษาสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p \leq 0.001$

ผลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการสนทนากลุ่มของทักษะการสื่อสารขั้นตอนการแจ้งเหตุเพื่อส่งต่อผู้ป่วยพบว่า ก่อนการเข้ารับการอบรมกลุ่มตัวอย่างหลายคนโดยเฉพาะประชาชนและผู้ประกอบการ

ยังไม่ทราบหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน 1669 และหลายคนมีการแสดงความคิดเห็นว่าถ้าเกิดเหตุการณ์แบบนี้จะเรียกผู้ใหญ่บ้านเพราะไม่รู้จะเรียกใคร และเมื่อหลังการอบรมทุกคนสามารถตอบได้ว่าจะต้องประสานงานกับใครทั้งในชุมชนและโรงพยาบาลใกล้เคียง หลายคนแสดงความคิดเห็นว่าการส่งต่อผู้ป่วยและการสื่อสารง่ายกว่าที่คิด แต่เมื่อเข้าสู่การสนทนากลุ่มและผู้วิจัยได้ตั้งคำถามเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยเพื่อสื่อสารและส่งต่อ พบว่ายังมีหลายคนที่ยังไม่สามารถประเมินได้ครบทุกขั้นตอน แล้วยังพบว่าบางคนยังจำค่าปกติของสัญญาณชีพเบื้องต้นไม่ได้ทั้งหมด

*“เจอแบบนี้ป้าคงไปเรียกพ่อหลวงมาทำเพราะป้าคงตกใจทำอะไรไม่ถูก ให้พ่อหลวงจัดการไปเถอะป้าทำไม่เป็นกลัวคนเขาจะเป็นอะไร”*

*“ถ้านักท่องเที่ยวเกิดอุบัติเหตุในหมู่บ้านเรา ผมก็จะโทรเรียก 1669 หรือไม่ก็ไปแจ้งพ่อหลวงบ้านให้มาช่วยดู ระหว่างนั้นผมก็จะสังเกตอาการที่ผิดปกติของนักท่องเที่ยว ขั้นตอนแรกจะรู้ว่าเขามีสติอยู่ไหมแล้วค่อยประมูลส่วนอื่น ๆ เพื่อเป็นข้อมูลให้กับกู้ภัยหรือ 1669”*

**ตารางที่ 3** การประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

| ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน | Mean | SD | t | 95%CI | Sig |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการพัฒนาอาสาสมัคร | 51.13 | 11.22 | -18.43 | -34.95, -28.00 | ≤ 0.001 |
| หลังการพัฒนาอาสาสมัคร | 82.63 | 11.08 | | | |

การประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานก่อนและหลังการอบรมพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษาเท่ากับ 51.13 (±11.22) และหลังการศึกษาเท่ากับ 82.63 (±11.08) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนมาเปรียบเทียบกันโดยใช้ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการศึกษาสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p≤0.001

จากการประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ผ่านการสังเกตและการสนทนากลุ่มยังสอดคล้องกับผลจากแบบทดสอบที่พบว่า หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเพิ่มขึ้น และกลุ่มตัวอย่าง ที่เคยผ่านการอบรมทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานนั้นมีความมั่นใจยิ่งขึ้นหลังการอบรม เนื่องจากไม่ได้รับการฟื้นฟูองค์ความรู้และทักษะของการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมานานแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานจะมีความมั่นใจน้อยกว่ากลุ่มที่มีทักษะมาก่อนแล้ว และเมื่อเทียบทักษะหลังการอบรมพบว่า ส่วนใหญ่มีความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและสามารถช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานได้ แต่พบว่ายังมีบางคนที่ให้ยังสับสนในการเรียงขั้นตอน

*“ตอนนั้นเขาพา อสม ไปอบรมในเมืองเคยทำอยู่นะ แต่จำขั้นตอนทั้งหมดไม่ได้แล้ว ไม่ได้ทำมานานมาก น่าจะ 2 ปีแล้วมั้ง พอมาฝึกอีกทีก็จำได้แล้ว น่าจะมีฝึกทุกปีจะได้ไม่ลืม”*

**แบบประเมินทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้น**

การประเมินทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ประกอบด้วย 5 ทักษะหลักคือ ทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นทางเดินหายใจอุดกั้น ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อถูกงูกัด ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อมีแมง แมลงมีพิษกัด ต่อย ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นการทำแผลและการห้ามเลือด และทักษะการ

ปฐมพยาบาลเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก การแปลผลคะแนนจะแยกออกในแต่ละทักษะเนื่องจากแต่ละทักษะในการปฐมพยาบาลจะใช้ทักษะและความรู้ที่แตกต่างกัน ผลคะแนนการประเมินทักษะต่าง ๆ มีดังนี้

**ตารางที่ 4** การประเมินทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นทางเดินหายใจอุดกั้น

| ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นทางเดินหายใจอุดกั้น | Mean | SD | t | 95%CI | Sig |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการพัฒนาอาสาสมัคร | 17.00 | 15.12 | -11.82 | -45.35, -31.98 | ≤ 0.001 |
| หลังการพัฒนาอาสาสมัคร | 55.67 | 13.11 | | | |

ผลคะแนนการประเมินทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นทางเดินหายใจอุดกั้นก่อนและหลังการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษาเท่ากับ 17.00 (±15.12) และหลังการศึกษาเท่ากับ 55.67 (±13.11) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนมาเปรียบเทียบกันโดยใช้ Paired t-test พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนหลังการศึกษาสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p≤0.001

จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมผมว่าทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นทางเดินหายใจอุดกั้นเป็นทักษะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีทักษะในการปฐมพยาบาล หลายคนแสดงความเห็นก่อนการอบรมว่าการเอามือทุบหลังเหมือนคนเอามือมาตีหลัง น่าจะช่วยได้ และหลายคนแสดงความคิดเห็นว่าไม่เคยเจอสถานการณ์นี้มาก่อนไม่รู้เหมือนกันว่าจะทำยังไงคิดได้แต่ว่าเอามือทุบหลังเท่านั้น อย่างไรก็ตามหลังการอบรมบางคนสามารถทำท่าการปฐมพยาบาลเบื้องต้นทางเดินหายใจอุดกั้นได้อย่างถูกต้อง แต่ก็พบว่าส่วนใหญ่ยังวางตำแหน่งมือไม่ถูกต้องและไม่กล้ากดเนื่องจากกลัวกระดูกหัก ซึ่งส่งผลให้แรงดันจากการกดน้อยเกินไป สำหรับการปฐมพยาบาลถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะให้ความมั่นใจกับอาสาสมัคร หลายคนก็แสดงความคิดเห็นว่าไม่กล้าและยังกลัวอยู่

*“เอามือทุบหลังเลยได้ไหมมันน่าจะพุ่งออกมานะ เคยทำมันก็พุ่งนะ”*

*“กดแรง ๆ กลัวเขาเจ็บจังเลยไม่กล้ากด ต้องกดแรงขนาดไหนกลัวว่ากดแล้วแรงไป เขาจะว่าหาเราทีหลังได้”*

**ตารางที่ 5** การประเมินทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อถูกงูกัด

| ทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อถูกงูกัด | Mean | SD | t | 95%CI | Sig |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการพัฒนาอาสาสมัคร | 44.50 | 20.56 | -7.59 | -41.25, -23.74 | ≤ 0.001 |
| หลังการพัฒนาอาสาสมัคร | 77.00 | 17.69 | | | |

การประเมินทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อถูกงูกัดก่อนและหลังการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษาเท่ากับ 44.50 (±20.56) และหลังการศึกษาเท่ากับ 77.00 (±17.69) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนมาเปรียบเทียบกันโดยใช้ Paired t-test พบว่าคะแนนหลังการศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p≤0.001

ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่าก่อนการอบรมหลายคนมีทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อถูกงูกัดที่ผิด อาทิเช่น การเอาแอลกอฮอล์หรือเหล้าราดแผล การขันชะเนาะที่แน่น แต่อย่างไรก็ตาม หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะที่ถูกต้องในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อถูกงูกัด ในการสัมภาษณ์เชิงลึก หลายคนแสดงความคิดเห็นว่าการอบรมนี้ทำให้มีความสามารถในการปฐมพยาบาลพยาบาลเบื้องต้นเมื่อถูกงูกัดได้อย่างถูกต้อง แต่ก็ยังพบกลุ่มตัวอย่างบางคน ที่แสดงความคิดเห็นว่าไม่กล้าเข้าไปปฐมพยาบาลคนที่ถูกงูกัดเพราะตนเองก็กลัวงู

*“เป็นลุงถ้ามีเหล้าหรือแอลกอฮอล์ก็จะเอามาราดตรงแผลฆ่าเชื้อ แล้วขันชะเนาะไปส่งโรงพยาบาล งูที่เจอก็น่าจะฟันหัวมันใส่ถุงไป”*

**ตารางที่ 6** การประเมินทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นแมง แมลงมีพิษกัด ต่อย

| ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เมื่อแมง แมลงมีพิษกัด ต่อย | Mean | SD | t | 95%CI | Sig |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการพัฒนาอาสาสมัคร | 56.33 | 22.96 | -5.23 | -38.93, -17.06 | ≤ 0.001 |
| หลังการพัฒนาอาสาสมัคร | 84.33 | 14.54 | | | |

การประเมินทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อแมง แมลงมีพิษกัด ต่อย ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนการศึกษาเท่ากับ 56.33 (±38.93) และหลังการศึกษาเท่ากับ 84.33 (±17.06) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนมาเปรียบเทียบกันโดยใช้ Paired t-test พบว่าคะแนนหลังการศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p≤0.001

จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมพบว่าหลายคนมีทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเมื่อแมง แมลงมีพิษ กัดต่อย เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวมีความใกล้ชิดกับพื้นที่ป่าทำให้พบสัตว์มีพิษเข้ามาที่บ้านบ่อย หลายคนได้แสดงความคิดเห็นว่าพบแมงและแมลงมีพิษกับต่อยคนในบ้านเป็นประจำและสามารถปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ โดยในพื้นที่ส่วนใหญ่จะพบตัวต่อหรือผึ่ง เป็นประจำ ทำให้ประชาชนในพื้นที่สามารถปฐมพยาบาลเบื้องต้นในกรณีที่พบตัวต่อหรือผึ่งกัดต่อยได้ แต่เมื่อสอบถามการปฐมพยาบาลเมื่อถูกแมลงที่พบไม่บ่อย เช่น แมลงก้นกระดก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้วิธีการปฐมพยาบาลโดยการทายาหม่อง ซึ่งเป็นการปฐมพยาบาลผิดวิธี แต่อย่างไรก็ตามหลังการเพิ่มทักษะในการปฐมพยาบาลกลุ่มตัวอย่างสามารถปฐมพยาบาล แมลง แมงมีพิษกัด ต่อย หลากหลายชนิดมากขึ้น

**ตารางที่ 7** การประเมินทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นการทำแผลและการห้ามเลือด

| ทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้น การทำแผลและการห้ามเลือด | Mean | SD | t | 95%CI | Sig |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการพัฒนาอาสาสมัคร | 58.17 | 16.26 | -12.00 | -42.91, -30.00 | ≤ 0.001 |
| หลังการพัฒนาอาสาสมัคร | 94.83 | 10.46 | | | |

การประเมินทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นเรื่องการทำแผลและการห้ามเลือด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการศึกษาเท่ากับ 58.17 (±42.91) และหลังการศึกษาเท่ากับ 94.83 (±30.00) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนเปรียบเทียบกันโดยใช้ Paired t-test พบว่าหลังการศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p≤0.001

ผลจากการประเมินทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นการทำแผลและการห้ามเลือดและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมพบว่า หลังการอบรมกลุ่มอาสาสมัครมีทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในการทำแผลและการห้ามเลือด อย่างเห็นได้ชัดหลังการอบรมอาสาสมัครสามารถทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อได้เป็นอย่างดี และมีความมั่นใจในการทำแผลและและการห้ามเลือดกับหุ่นสาธิตได้เป็นอย่างดีและสามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับเพื่อนระหว่างการอบรมได้ ถึงแม้ว่าก่อนการอบรมหลายคนรวมถึงอสม จะมีทักษะในการทำแผลและการห้ามเลือดน้อยก็ตาม

*“ต้องทำแบบนี้สิ ถ้าทำแบบนี้เชื้อโรคมันจะเข้าไปในแผล แล้วแผลมันจะติดเชื้อ ไม่ต้องสอนก็ได้ป้าสอนเอง ทำเป็นแล้วเดี๋ยวเอาไว้ทำแผลให้หลานด้วย”*

**ตารางที่ 8** การประเมินทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นในการปฐมพยาบาลกระดูกหัก

| ทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นในการปฐมพยาบาลกระดูกหัก | Mean | SD | t | 95%CI | Sig |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนการพัฒนาอาสาสมัคร | 49.33 | 19.37 | -10.64 | -41,52 -28.13 | ≤ 0.001 |
| หลังการพัฒนาอาสาสมัคร | 84.17 | 12.73 | | | |

การประเมินทักษะปฐมพยาบาลเบื้องต้นในการปฐมพยาบาลกระดูกหัก ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนการศึกษาเท่ากับ 49.33 (±41,52) และหลังการศึกษาเท่ากับ 84.17 (±28.13) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนมาเปรียบเทียบกันโดยใช้ Paired t-test พบว่าคะแนนหลังการศึกษามีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p≥0.001

จากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมของทักษะเบื้องต้นในการปฐมพยาบาลกระดูกหักพบว่าอาสาสมัครมีทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกระดูกหักหลังการอบรมดีขึ้น และสิ่งที่พบได้ชัดเจนหลังการอบรมคือกลุ่มอาสาสมัครสามารถปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังจุดที่ปลอดภัยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม แต่ยังพบการเรียงลำดับขั้นตอนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผิดพลาดบ้าง แต่ในขั้นตอนของการปฐมพยาบาล อาสาสมัครส่วนใหญ่สามารถทำได้อย่างถูกต้องและมีความมั่นใจ แต่เมื่อเข้าสู่การสัมภาษณ์แบบกลุ่มและใช้คำถามเชิงลึก เช่น กระดูกไหนที่ต้องระวังเป็นพิเศษ ยังมีอาสาสมัครบางส่วนตอบไม่ได้

## การอภิปรายผล

การวิจัยการพัฒนาอาสาสมัครและสร้างกระบวนการสื่อสารแบบไร้รอยต่อระหว่างการส่งต่อนักท่องเที่ยวฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลของอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการพัฒนาทักษะด้านการปฐมพยาบาลของอาสาสมัครเพื่อการส่งต่อ

นักท่องเที่ยวฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อในพื้นที่ห่างไกลของอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจาก จากประชากรผู้มีส่วนได้เสีย ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร และผู้ประกอบการในพื้นที่ อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน พบว่าหลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและมีทักษะด้านการปฐมพยาบาลในด้านต่าง ๆ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับก่อนการอบรม

ผลจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพ และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และยังพบว่าหลายคนสามารถนำทักษะที่ได้จากการอบรมไปอธิบายเพื่อนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเหมือนกัน ระหว่างการฝึกหัดในการอบรม อาทิ อสม. บางคนสามารถแนะนำเพื่อนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน แนะนำวิธีการกดหน้าอกที่ถูกต้องให้กับผู้อื่นได้และแสดงความคิดเห็นว่าจะนำทักษะดังกล่าวไปถ่ายทอดให้กับบุคคลใกล้ตัว แต่อย่างไรก็ตามพบว่าบางทักษะกลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจน้อย ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นทางเดินอุดกั้น แต่เมื่อใช้แบบประเมินทักษะพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่าการอบรมเพื่อเพิ่มทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นของอาสาสมัครเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อในพื้นที่ห่างไกล อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง นั้นสามารถทำให้อาสาสมัครมีทักษะที่เพิ่มขึ้นได้ และควรมีการขยายไปยังกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนนั้นมีทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งจะมีประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่และเป็นการเพิ่มความมั่นใจสำหรับนักท่องเที่ยวที่จะเดินทางมายังอำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง และสามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่ท่องเที่ยวอื่นได้

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดมหาสารคาม ที่มีการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับประชาชนในชุมชนและพบว่า หลังการอบรมประชาชนมีค่าเฉลี่ยของความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ[11] นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การใช้โปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี ที่พบว่า ทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ของ อสม. ในจังหวัดปทุมธานีเพิ่มขึ้นหลังการเข้าร่วมการอบรม[12] หรือจะเป็นการศึกษาในประเทศซาอุดิอาระเบียที่มีการอบรมและให้ความรู้ในการฝึกทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียน ที่พบว่าการอบรมสามารถช่วยพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของผู้เข้าอบรมได้อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และพบว่าร้อยละ 84.4 มีทักษะการการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ดีขึ้นหลังการอบรม[13] ผลการศึกษาวิธีการพัฒนาความรู้และทักษะการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน โดยการแบ่งกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรมออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มที่ทำการฝึกและศึกษากับเพื่อน กลุ่มที่ศึกษาในรูปแบบเสมือนจริง และการศึกษาแบบดั้งเดิม พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทั้ง 3 กลุ่ม มีทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการอบรม[14] และผลการเพิ่มทักษะของการปฐมพยาบาลยังสอดคล้องกับการศึกษาในการพัฒนาความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น พบว่ามีความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกรณีเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นหลังการได้รับ

การอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] และการศึกษาเพื่อพัฒนาทักษะของอาสาสมัครผ่านการบรรยายและการฝึกปฏิบัติ พบว่าอาสาสมัครก่อนและหลังการอบรม มีทักษะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[16] ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา รวมถึงผลจากการศึกษาครั้งนี้ ได้สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการอบรมเพื่อเพิ่มทักษะของกลุ่มอาสาสมัครต่าง ๆ ทั้งในด้านการพัฒนาทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

**ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ**

1. ควรมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการช่วยฟื้นคืนชีพและปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษาระดับทักษะของอาสาสมัคร และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการฉุกเฉิน
2. ควรจัดทำคู่มือหรือสื่อการเรียนรู้แบบพกพา ที่เข้าใจง่ายเพื่อให้ประชาชนทั่วไปในชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลเบื้องต้นเรื่องการแจ้งเหตุฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว
3. ควรสร้างระบบเครือข่ายความร่วมมือระหว่างอาสาสมัคร ชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เช่น กำหนดผู้ประสานงานฉุกเฉินประจำหมู่บ้าน และจัดให้มีการสื่อสารร่วมกันอย่างเป็นระบบ เช่น กลุ่มไลน์ฉุกเฉิน

**ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย**

1. ควรศึกษาการติดตามผลในระยะยาว (Longitudinal study) เพื่อประเมินว่าทักษะที่ได้รับการอบรมสามารถคงอยู่ในระยะเวลาใดและควรกำหนดความถี่ของการทบทวน/ฝึกซ้ำอย่างไรจึงจะมีประสิทธิภาพ
2. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้หลากหลายมากขึ้น เช่น เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์และสร้างแนวทางการอบรมที่เหมาะสมตามบริบทชุมชน
2. ควรวิจัยเชิงเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการฝึกอบรมต่าง ๆ เช่น การอบรมแบบออนไลน์ การฝึกปฏิบัติจริง (Simulation) หรือการสอนแบบ Peer-to-peer ว่ารูปแบบใดให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในด้านการเรียนรู้และการนำไปใช้จริง

## เอกสารอ้างอิง

1. UNWTO. International tourism recovered 63% of pre-pandemic levels in 2022, with Europe and Middle East in the lead. World Tourism Barometer. 2023;21(1):1-6.
2. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. รายงานประจำปี 2565 กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 3]. เข้าถึงได้จาก: https://www.mots.go.th/images/v2022_1703741713589TW90cyBSZXBvcnQgMjU2NS1mZm5hbHdlYl9jb21wcmVzc2VkLnBkZg==.pdf

3. Conger L, Rago A, Reyes A, Schulman M, Shepherd G, Walter J. World Economic Forum. World Economic Forum Annual Meeting 2017: Responsive and Responsible Leadership [Internet]. 2018. [cited 2024 Jan 3]. Available from: https://www3.weforum.org/docs/WEF_AM17_Report.pdf
4. พุทธชาด ลุนคำ, รชฏ เลียงจันทร์. ธุรกิจท่องเที่ยวและโรงแรมหลัง COVID-19 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.krungsri.com/getmedia/ab21638a-4089-4bb4-bb8a-62ba89d2c7da/RI_Future_of_Tourism_210121_TH.pdf.aspx
5. Dalle Nogare C, Scuderi R. Tourist perceptions of health-safety risks in a time of pandemic. Journal of Economic Studies. 2024; 51(8):1557-70. doi: 10.1108/JES-09-2023-0506.
6. Dreisbach JL, Mendoza-Dreisbach S. Rethinking Tourism and Public Health Policies in International Travel Megahubs for the Post-COVID-19 Era. J Health Res. 2023; 37(3):1901.
7. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. มาตรการความปลอดภัยทางการท่องเที่ยว ของกองมาตรฐานและกำกับความปลอดภัยนักท่องเที่ยว [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 3]. เข้าถึงได้จาก: https://secretary.mots.go.th/ewtadmin/ewt/tourist/download/article/article_20171128144640.pdf
8. ภาวิณี เอี่ยมตระกูล, สรารัตน์ ฉายพงษ์. การศึกษาปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน. วารสารชุมชนวิจัย. 2564;15(3):30-42.
9. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562–2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 3]. เข้าถึงได้จาก: https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256112221455115037_GWJdMn5ejp3gVAdc.pdf
10. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2567 มกราคม 3]. เข้าถึงได้จาก: https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/17763?group=23
11. บัวบาน ปักการะโต, สหัศถญา สุขจำนงค์, อนุชิต สิ้วอินท์. การพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแบบ 4 ขั้นตอน ของประชาชนในชุมชนตำบลหัวดง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;4(3):47-57.
12. นาตยา ดวงประทุม, ทัศพร ชูศักดิ์, ทิวากร พระไชยบุญ. ผลของโปรแกรมอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ เจตคติ และทักษะการช่วย ฟื้นคืนชีพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;5(3):51-67.

13. Elgamal S, Esheaba OM. Investigating the Effect of Cardiopulmonary Resuscitation Training on the knowledge and Skills of High and Middle Schools Students and Teachers in Jeddah, KSA. Egypt J Heal Care. 2021;12(2):2087-97.
14. Madadian S, Rahimi M, Saberian P, Hasani-Sharamin P, Orandi A, Jalali A, et al. Comparison of three methods of cardiopulmonary resuscitation training in terms of improving the skills of emergency medical technicians; a pretest–posttest study. Front Emerg Med. 2023;7(2):e14.
15. พิไลลักษณ์ โรจน์จนประเสริฐ, อุษา โถหินัง. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินในการท่องเที่ยวของเยาวชนในพื้นที่หมู่บ้านดอกไม้ประดับคลอง 15 จังหวัดนครนายก. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2566;16(1):176-89.
16. Putri AF, Gunawan I, Kusumaningrum DE, Nurabadi A, Prestiadi D, Santoso FB, et al. Improvement of volunteer competency through first aid training. In: 1st International Conference on Information Technology and Education (ICITE 2020). Atlantis Press; 2020: p. 531–4.

# ผลของการคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมโดยใช้ Quadruple Test โรงพยาบาลปราสาท

**ธิดารัตน์ พรหมบุตร*[a]**

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมโดยใช้การวิจัยเชิงพรรณนาและวิธี Quadruple test ของโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปราสาทและได้รับการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test ทั้งหมด 1,037 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างวันที่ 19 พฤษภาคม 2565 ถึง 28 กันยายน 2566 ผลการศึกษาพบว่า จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,037 ราย มีจำนวน 111 ราย มีภาวะความเสี่ยงสูงของภาวะดาวน์ซินโดรม และ 926 รายมีภาวะความเสี่ยงต่ำของภาวะดาวน์ซินโดรม นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ความชุก (Prevalence) ร้อยละ 0.29 (95%CI 0.06-0.84) ความไว (Sensitivity) ร้อยละ 100 (95%CI39.76-100) ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 89.56 (95%CI 87.53-91.35) ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรเป็นดาวน์ซินโดรมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test เป็นบวก (Positive predictive value) ร้อยละ 2.7 (95%CI 2.27-3.21) ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรปกติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test เป็นลบ (Negative predictive value) ร้อยละ 100 (95%CI 99.60-100) ความแม่นยำ (Accuracy) ร้อยละ 89.59 (95%CI 87.56-91.38) ผลบวกลวง (False positive tare) ร้อยละ 10.44 และจำนวนรายของการเจาะน้ำคร่ำที่จะพบทารกดาวน์ 1 ราย (Odds of being affected given a positive result) เท่ากับ 37 แสดงให้เห็นว่าการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test มีประสิทธิภาพที่สูง ราคาค่าตรวจที่ไม่สูงมากและยังคงเป็นทางเลือกที่เหมาะสมในการใช้คัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมในสภาวะปัจจุบัน

**คำสำคัญ**: สตรีตั้งครรภ์; ดาวน์ซินโดรม; การตรวจ Quadruple test

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

[a] Corresponding author: ธิดารัตน์ พรหมบุตร E-mail: Kate_thida_kate@hotmail.com

***รับบทความ: 30 เม.ย. 68; รับบทความแก้ไข: 16 พ.ค. 68; ตอบรับตีพิมพ์: 17 พ.ค. 68; ตีพิมพ์ออนไลน์: 17 พ.ค. 68***

# Outcomes of Down Syndrome Screening with Quadruple Test at Prasat Hospital

**Thidarat Phromboot**[*a]

## Abstract

This study aimed to screen Down's syndrome among pregnant women in Prasat hospital, Surin province using descriptive research and quadruple test. The study conducted the data from pregnant women with Down's syndrome screening test performed via medical records between May 19, 2022 and September 28, 2023. A total of 1,037 pregnant women were included in the final analysis. The results of quadruple test showed that 111 cases were at high risk of Down's syndrome and 926 cases were at low risk of Down's syndrome. Furthermore, the effectiveness of the quadruple test in pregnant women of all age groups had a prevalence was 0.29% (95%CI 0.06-0.84), sensitivity was 100% (95%CI 39.76-100), specificity was 89.56 percent (95%CI 87.53-91.35), positive predictive value was 2.7 percent (95%CI 2.27-3.21), negative predictive value was 100 percent (95%CI 99.60-100), accuracy of 89.59 percent (95%CI 87.56-91.38), false positive rate of 10.44 percent. Odds of being affected given a positive results was 37. The results can support that the screening Down's syndrome using quadruple test method is highly effective and the price of the test is not high, and it is still a suitable choice for Down's syndrome screening in the current conditions.

**Keywords:** Pregnant women; Down's syndrome; Quadruple test

[*] Medical Physician, Professional Level, Department of Obstetrics and Gynecology, Prasat Hospital, Surin Province

[a] Corresponding author: Thidarat Phromboot E-mail: Kate_thida_kate@hotmail.com

***Received: Apr. 30, 25; Revised: May 16, 25; Accepted: May 17, 25; Published Online: May 17, 25***

## บทนำ

กลุ่มอาการดาวน์ หรือดาวน์ซินโดรม (Down's syndrome) ถือได้ว่าเป็นความผิดปกติทางพันธุกรรมที่พบได้บ่อยที่สุดในกรณีที่มีภาวะโครโมโซมผิดปกติและมีสาเหตุของความพิการทางสติปัญญาที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่เกิดจากการมีโครโมโซม 21 เกินมาทั้งอันหรือบางส่วน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มอาการดาวน์หรือ ดาวน์ซินโดรมจะมีพัฒนาการล่าช้า มีใบหน้าเป็นลักษณะเฉพาะ หัวใจพิการ ฮอร์โมนไทรอยด์ต่ำ รูปร่างจะมีระยะห่างระหว่างหัวนมใกล้กว่าเด็กทั่วไป และศีรษะเล็กกะโหลกศีรษะด้านหลังแบน[1-2] เป็นต้น ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว จัดเป็นการตั้งครรภ์ความเสี่ยงต่ำ (Low-risk pregnancy) อย่างไรก็ตามความผิดปกติทั้งต่อมารดาและทารกมีโอกาสเกิดขึ้นในสตรีกลุ่มนี้ การตรวจคัดกรองทางสูติศาสตร์จะช่วยในการค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติและให้การวินิจฉัยที่รวดเร็ว ดูแลรักษาในเวลาที่เหมาะสม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ จากสถิติพบว่าทารกดาวน์เป็นความผิดปกติชนิดหนึ่งของทารกเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะปัญญาอ่อน โดยพบได้ 1 คนในทารกเกิดใหม่ประมาณ 800 คน ในประเทศไทยพบทารกดาวน์เกิดใหม่ประมาณ 1000 คนต่อปี หรือประมาณ 3 คนต่อวัน[3] ทารกดาวน์เกือบทั้งหมดเกิดในครอบครัวที่ไม่เคยพบผู้ที่ปัญญาอ่อนในครอบครัวมาก่อน

การตรวจพบทารกดาวน์ตั้งแต่ในช่วงอายุครรภ์ที่เหมาะสมจะเป็นการให้ทางเลือกกับคู่สมรสในการยุติการตั้งครรภ์ ในปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยทารกดาวน์ในครรภ์ที่แน่นอน (Definite diagnosis) จะทำได้โดยการตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์ ซึ่งอาจทำได้โดยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การตัดชิ้นเนื้อรก การเจาะน้ำคร่ำ หรือการเจาะเลือดทารกในครรภ์ ซึ่งวิธีการดังกล่าวล้วนแต่มีความเสี่ยงต่อการแท้งจากการตรวจทั้งสิ้น วิธีการที่ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการแท้งน้อยที่สุด คือ การเจาะน้ำคร่ำ ก็ยังมีอัตราเสี่ยงต่อการแท้งประมาณร้อยละ 0.3-0.5 นั่นคือการแท้ง 1 รายจากการเจาะน้ำคร่ำ 200-300 ราย[4] อายุของมารดาเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยพบว่ามารดาที่อายุมากขึ้นจะมีโอกาสเกิดทารกดาวน์มากขึ้นซึ่งสามารถอธิบายโดยการเกิด Meiotic nondisjunction ของโครโมโซมคู่ที่ 21 เนื่องจากทารกดาวน์ส่วนหนึ่งเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ทำให้ความเสี่ยงของการเกิดทารกดาวน์ไม่เท่ากันในช่วงอายุครรภ์ต่างกัน โดยจะมีความเสี่ยงสูงในไตรมาสแรก ลดลงในช่วงไตรมาสที่ 2 และต่ำสุดในเด็กเกิดมีชีพ ถึงแม้มารดาอายุมากกว่า 35 ปี ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดทารกดาวน์[5] มารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีอายุน้อยกว่า 35 ปีทำให้ทารกดาวน์เกือบทั้งหมดพบในมารดากลุ่มนี้โดยพบทารกดาวน์ในกลุ่มมารดาอายุ 35 ปีขึ้นไปเพียงร้อยละ 20-30 ของทารกดาวน์ทั้งหมด การใช้เกณฑ์อายุมารดาเพียงอย่างเดียวเป็นข้อบ่งชี้ในการตรวจโครโมโซมจึงมีอัตราตรวจพบ (Detection rate) ที่ต่ำ โดยสามารถตรวจพบได้เพียงไม่เกินร้อยละ 20-30 ของทารกดาวน์ทั้งหมด การตรวจคัดกรองดาวน์ด้วยวิธีการต่าง ๆ มีวัตถุประสงค์ให้ตรวจให้ตรวจพบทารกดาวน์ให้มากที่สุด โดยเกิด Fetal loss จากการตรวจชนิด Invasive น้อยที่สุด โดยต้องคำนึงถึงค่าใช่จ่ายของการตรวจคัดกรอง ความยุ่งยากซับซ้อนของวิธีการตรวจ และการยอมรับของมารดา การตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่การตรวจสารชีวเคมีในเลือดมารดา และการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง จะเพิ่มการตรวจพบทารกดาวน์ได้เป็นร้อยละ 60-90[1]

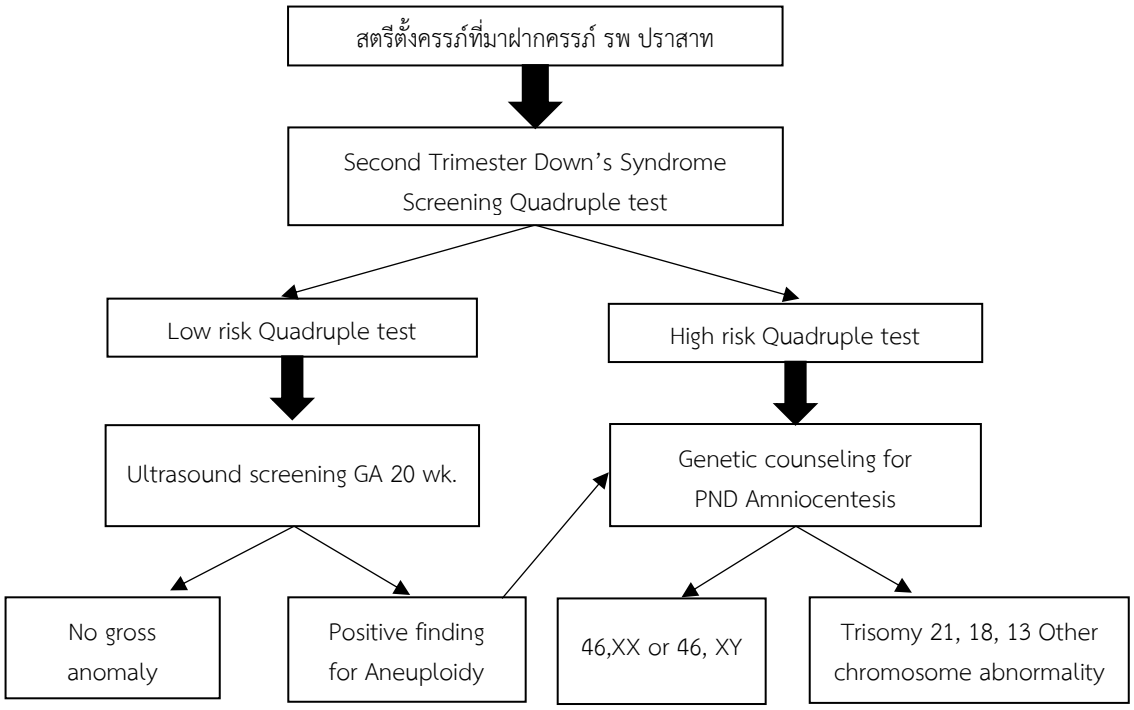
การตรวจคัดกรองทารกดาวน์ในโรงพยาบาลปราสาทใช่วิธีการตรวจ Quadruple test ในสตรีตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์โดยที่อายุครรภ์อยู่ในช่วง 15-18 สัปดาห์ ซึ่งการตรวจสารชีวเคมีในเลือด 4 ชนิด ได้แก่ Alpha fetoprotein (AFP), Unconjugated estriol (uE3), Beta-human chorionic gonadotropin (free$\beta$-hCG) และ Dimeric Inhibin-A ผู้วิจัยได้จัดทำงานวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการให้คำปรึกษาและวางแผนการดูแลแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปราสาทต่อไป

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ Quadruple test ค่าความชุก ความไว ความจำเพาะ ความแม่นยำ ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรเป็นดาวน์ซินโดรมของสตรีที่มีผลคัดกรองเป็นบวก ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรปกติของสตรีที่มีผลคัดกรองเป็นลบ ความแม่นยำ ผลบวกลวง และค่าเฉลี่ยจำนวนรายของการเจาะน้ำคร่ำที่จะพบทารกดาวน์ 1 ราย ของการคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test ในโรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการตรวจ Quadruple test และผลการเจาะน้ำคร่ำเพื่อวัดประสิทธิผลของ Quadruple test โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์




**ภาพที่ 1** กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive retrospective study) จากบันทึกเวชระเบียนเพื่อศึกษาผลของการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test ในสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปราสาท ระหว่างวันที่ 19 พฤษภาคม 2565 ถึง 28 กันยายน 2566

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

การพิจารณากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) โดยจะต้องเป็น สตรีตั้งครรภ์เดี่ยวและได้รับการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในช่วงไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์โดยวิธี Quadruple test ส่งตรวจ ณ กลุ่มงานเวชศาสตร์ชันสูตร ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา นอกจากนี้เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปราสาทที่มีข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน แท้งบุตรระหว่างขั้นตอนการตรวจหรือก่อน 24 สัปดาห์ กรณีไม่ทราบผล chromosome ทารกเสียชีวิตในครรภ์ กรณีที่ไม่ทราบผล Chromosome ก่อนคลอด และสตรีตั้งครรภ์ไปคลอดที่สถานพยาบาลอื่น

**เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลงานวิจัย 2) เวชระเบียน จากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และ 3) โปรแกรมบันทึกข้อมูลทางสถิติ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปราสาท จ.สุรินทร์ จะคัดกรองสตรีตั้งครรภ์ตาม Inclusion criteria สืบค้นประวัติการรักษา จากระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ และนำผลที่ได้แปลข้อมูลทางสถิติ ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ อายุ จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอด ประวัติการแท้งบุตร อายุครรภ์ ณวันที่เจาะเลือดคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ประวัติบุตรคนก่อนเป็นกลุ่มอาการดาวน์
2. ข้อมูลการตรวจเลือดคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test โดยทำการเจาะเลือดดำของสตรีตั้งครรภ์เดี่ยวช่วงอายุครรภ์ 15-18 สัปดาห์ ปริมาณ 5-10 มิลลิลิตร ใส่หลอดเก็บเลือดที่ไม่มีสารกันเลือดแข็งตัว ปั่นแยกซีรั่มใส่ในกล่องที่มีน้ำแข็ง ส่งตรวจไปยังกลุ่มงานเวชศาสตร์ชันสูตร ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
3. ข้อมูลการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์เสี่ยงสูง หรือหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลอัลตร้าซาวด์สงสัยมีภาวะ Aneuploidy ซึ่งสูติแพทย์จะทำการเจาะน้ำคร่ำที่อายุครรภ์ 18-22 สัปดาห์
4. ข้อมูลการฝากครรภ์ การคลอดและข้อมูลการยุติการตั้งครรภ์ ในสตรีตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ**

ข้อมูลที่ได้จะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกในรูปแบบแฟ้มข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS นำเสนอข้อมูลทั่วไปโดยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องนำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) หรือค่ามัธยฐาน (Median) ข้อมูลกลุ่มนำเสนอโดยใช้ความถี่และร้อยละ นำเสนอค่าความแม่นยำของ Quadruple test โดยใช้ค่าความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity)

ผลบวกลวง (False positive rate) ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรเป็นดาวน์ซินโดรมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test เป็นบวก (Positive predictive value) ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรปกติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test เป็นลบ (Negative predictive value) ความแม่นยำ (Accuracy) ความชุก( Prevalence) ของการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test

**การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง**

วิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่องผลของการคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมโดยใช้ Quadruple test โรงพยาบาลปราสาท ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลปราสาทและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ลำดับที่ COA No. 027-2567 เลขที่โครงการวิจัย PSH REC No. 027/2567 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2567 และเป็นการรับรองโครงการวิจัยแบบเร็วเนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลการศึกษานี้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากระบบเวชระเบียนและทำการวิเคราะห์ผลย้อนหลัง

## ผลการวิจัย

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

ข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรม ด้วยวิธี Quadruple test จำนวน 1037 ราย อายุเฉลี่ย 27.35±5.96 ปี อายุครรภ์เฉลี่ย 15.55±0.79 สัปดาห์ ค่ามัธยฐานของการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง ค่ามัธยฐานของการคลอด 2 ครั้ง พบความเสี่ยงต่ำ 926 ราย ความเสี่ยงสูง 111 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์

| ข้อมูลพื้นฐาน | รวม (n=1,037) | Low risk (n=926) | High risk (n=111) | p-value |
|---|---|---|---|---|
| **อายุเฉลี่ย (ปี)** | 27.35±5.96 | 26.90±5.67 | 31.10±6.98 | <0.01 |
| น้อยกว่า 20 | 91 (8.8%) | 85 (93.4%) | 6 (6.6%) | |
| 20-34 | 818 (78.9%) | 751 (91.8%) | 67 (8.2%) | |
| 35 ขึ้นไป | 128 (12.3%) | 90 (70.3%) | 38 (29.7%) | |
| **อายุครรภ์เฉลี่ย (สัปดาห์)** | 15.55±0.79 | 15.56±0.80 | 15.49±0.73 | >0.01 |
| ≤ 15 | 582 (56.1%) | 520 (89.3%) | 62 (10.7%) | |
| 16-17 | 424 (40.9%) | 377 (88.9%) | 47 (11.1%) | |
| ≥18 | 31 (3%) | 29 (93.5%) | 2(6.5%) | |

**ตารางที่ 1** (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานของสตรีตั้งครรภ์

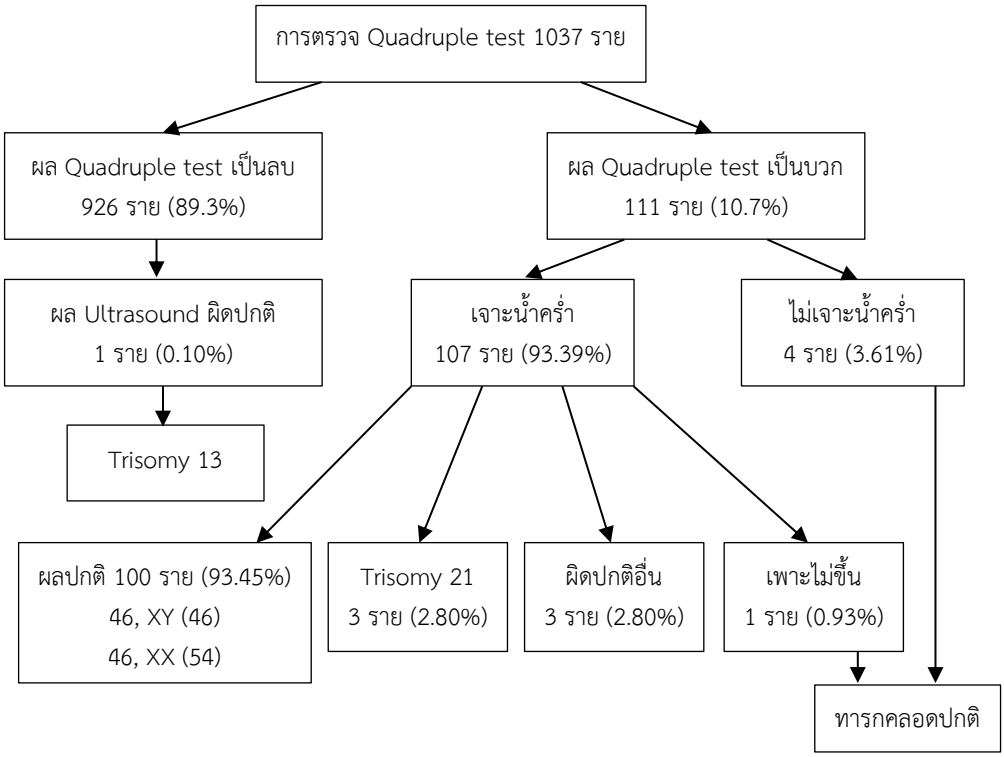
| ข้อมูลพื้นฐาน | รวม (n=1,037) | Low risk (n=926) | High risk (n=111) | p-value |
|---|---|---|---|---|
| **จำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ย (ครั้ง)** | 2 (1-7) | 2 | 2 | >0.01 |
| 1 | 332 (32%) | 308 (92.8%) | 24 (7.2%) | |
| 2 | 373 (36%) | 328 (87.9%) | 45 (12.1%) | |
| 3 | 207 (20%) | 187 (90.3%) | 20 (9.7%) | |
| ≥4 | 125 (12%) | 103 (82.4%) | 22 (17.6%) | |
| **จำนวนการคลอด (ครั้ง)** | 1 (0-5) | 1 | 1 | >0.01 |
| ไม่เคยคลอดบุตร | 376 (36.3%) | 347 (92.3%) | 29 (7.7%) | |
| 1 | 434 (41.9) | 383 (88.2%) | 51 (11.8%) | |
| 2 | 169 (16.3%) | 149 (88.2%) | 20 (11.8%) | |
| 3 | 50 (4.8%) | 40 (80.0%) | 10 (20.0%) | |
| ≥4 | 8 (0.8%) | 7(87.5%) | 1 (12.5%) | |
| **การแท้ง (ครั้ง)** | 0 (0-3) | 0 | 0 | >0.01 |
| ไม่เคยแท้ง | 833 (80.3%) | 748 (89.8%) | 85 (10.2%) | |
| 1 | 166 (16%) | 148 (89.2%) | 18 (10.8%) | |
| 2 | 27 (2.6%) | 22 (81.5%) | 5 (18.5%) | |
| ≥3 | 11 (1.1%) | 8 (72.7%) | 3(27.3%) | |

เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของการชีวเคมี (Biomarker) พบว่า ค่า AFP และ uE3 ในกลุ่มเสี่ยงสูง มีค่าต่ำกว่ากลุ่มเสี่ยงต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่า Inhibin-A และ ค่า Free BhCG ในกลุ่มเสี่ยงสูงมีค่าสูงกว่ากลุ่มเสี่ยงต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความแตกต่างของ Biomarker ในกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงต่ำ

| Serum biomarker (MoM) | รวม | Low risk | High risk | p-value |
|---|---|---|---|---|
| AFP | 1.13 (0.36-7.52) | 1.14±0.46 | 1.00±0.42 | <0.01 |
| uE3 | 1.40 (0.05-14.99) | 1.50±1.39 | 0.50±0.27 | <0.001 |
| Inhibin-A | 1.16 (0.03-8.34) | 1.07±0.53 | 1.95±1.17 | <0.001 |
| Free B hCG | 1.45 (0.06-9.54) | 1.29±0.93 | 2.71±1.68 | <0.001 |

**การตรวจคัดกรอง Down's Syndrome ด้วยวิธี Quadruple Test**




**ภาพที่ 2** การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test

จากภาพที่ 2 แสดงผลการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test พบสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจำนวน 111 ราย ปฏิเสธการเจาะน้ำคร่ำ 4 ราย สตรีตั้งครรภ์ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ 107 ราย มี 1 รายเพาะไม่ขึ้นภายหลังทารกคลอดปกติ ผลการเจาะน้ำคร่ำก่อนคลอด 106 ราย พบภาวะ trisomy 21 ร้อยละ 2.8 ผลผิดปกติอื่นร้อยละ 2.8 ดังแสดงในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลการตรวจโครโมโซมจากการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test เสี่ยงสูง จำนวน 107 ราย

| ผลการตรวจโครโมโซม | รวม | ร้อยละ | อายุ < 35 ปี | | อายุ ≥ 35 ปี | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **เพาะไม่ขึ้น** | **1** | **0.93** | **-** | **-** | **1** | **0.93** |
| **ผลปกติ** | **100** | **93.45** | **73** | **73.00** | **27** | **27.00** |
| 46, XY | 46 | 46.00 | 37 | 80.43 | 9 | 19.57 |
| 46, XX | 54 | 54.00 | 36 | 66.67 | 18 | 33.33 |

**ตารางที่ 3** (ต่อ) ผลการตรวจโครโมโซมจากการเจาะน้ำคร่ำในสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test เสี่ยงสูง จำนวน 107 ราย

| ผลการตรวจโครโมโซม | รวม | ร้อยละ | อายุ < 35 ปี | | อายุ ≥ 35 ปี | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **ผลผิดปกติ** | **6** | **5.60** | **4** | **66.67** | **2** | **33.33** |
| Trisomy 21 | 3 | 2.80 | 2 | 66.67 | 1 | 33.33 |
| 46, XX dup(9Xp12p11) | 1 | 0.93 | 1 | 100.00 | - | - |
| Mosaic 47, XY+20 | 1 | 0.93 | - | - | 1 | 100.00 |
| 47, XXX | 1 | 0.93 | 1 | 100.00 | - | - |

**ตารางที่ 4** การวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์จากการคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test

| Quadruple test | ภาวะดาวน์ซินโดรม | | รวม (%) |
|---|---|---|---|
| | มี (%) | ไม่มี (%) | |
| High risk | 3 (2.70) | 108 (97.30) | 111 (100) |
| Low risk | - | 926 (100) | 926 (100) |
| **รวม** | **3 (0.29)** | **1034 (99.71)** | **1037 (100)** |

ผลการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่อายุน้อยกว่า 35 ปี จำนวน 73 ราย พบภาวะดาวน์ซินโดรม 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.74 ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** การวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์จากการคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test อายุน้อยกว่า 35 ปี

| Quadruple test | ภาวะดาวน์ซินโดรม | | รวม (%) |
|---|---|---|---|
| | มี (%) | ไม่มี (%) | |
| High risk | 2 (2.74) | 71 (97.26) | 73 (100.00) |
| Low risk | 0 | 836 (100) | 836 (100.00) |
| **รวม** | **2 (0.22)** | **907 (99.78)** | **909 (100.00)** |

ผลการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมในสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงที่อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 38 ราย พบภาวะดาวน์ซินโดรม 1 รายคิดเป็นร้อยละ 2.63 ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** การวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์จากการคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test อายุ 35 ปีขึ้นไป

| Quadruple test | ภาวะดาวน์ซินโดรม | | รวม (%) |
|---|---|---|---|
| | มี (%) | ไม่มี (%) | |
| High risk | 1 (2.63) | 37 (97.37) | 38 (100.00) |
| Low risk | 0 | 90 (100.00) | 90 (100.00) |
| **รวม** | **1 (0.78)** | **127 (99.22)** | **128 (100.00)** |

ผลการวิเคราะห์การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test ของโรงพยาบาลปราสาทจากการศึกษานี้พบว่า Sensitivity ร้อยละ 100 Specificity ร้อยละ 89.56 Positive predictive value ร้อยละ 2.7 Negative predictive value ร้อยละ 100 Accuracy ร้อยละ 89.59 ความชุกร้อยละ 0.29 และ False positive rate ร้อยละ 10.44 โดยมีสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องเจาะน้ำคร่ำถึง 37 รายจึงพบทารกดาวน์ซินโดรม 1 ราย ดังแสดงในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** ความสามารถในการทำนายการเกิดภาวะดาวน์ซินโดรมจากการคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test

| Performance measure | % (95%CI) |
|---|---|
| Sensitivity | 100 (39.76-100) |
| Specificity | 89.56 (87.53-91.35) |
| Positive predictive value | 2.7 (2.27-3.21) |
| Negative predictive value | 100 (99.60-100) |
| Prevalence | 0.29 (0.06-0.84) |
| Accuracy | 89.59 (87.56-91.38) |
| Odds of being affected given a positive result | 37 |
| False-positive rate | 10.44 |

เมื่อจำแนกตามอายุสตรีตั้งครรภ์พบว่า Specificity และ Accuracy ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี สูงกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี คือ ร้อยละ 92.17 เทียบกับ ร้อยละ 70.87 และ ร้อยละ 92.19 เทียบกับ 71.09 ตามลำดับส่วนค่า False positive rate ในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปสูงกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี คือ ร้อยละ 29.13 เทียบกับร้อยละ 7.82 ดังแสดงในตารางที่ 8

**ตารางที่ 8** ความสามารถในการทำนายการเกิดภาวะดาวน์ซินโดรมจากการคัดกรองด้วยวิธี Quadruple test จำแนกตามอายุสตรีตั้งครรภ์

| Performance measure | Maternal age at delivery (year) | |
|---|---|---|
| | <35 | ≥ 35 |
| | % (95%CI) | % (95%CI) |
| Sensitivity | 100 (15.81-100) | 100 (2.50-100) |
| Specificity | 92.17 (90.23-93.84) | 70.87 (62.15-78.59) |
| Positive predictive value | 2.74 (2.20-3.40) | 2.63 (2.02-3.42) |
| Negative predictive value | 100 (99.56-100) | 100 (95.98-100) |
| Accuracy | 92.19 (90.25-93.85) | 71.09 (62.42-78.76) |
| Prevalence | 0.22 (0.03-0.79) | 0.78 (0.02-4.28) |
| Odds of being affected given a positive result) | 36.5 | 38 |
| False-positive rate | 7.82 | 29.13 |

## สรุปผลการวิจัย

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,037 ราย มีจำนวน 111 รายมีภาวะความเสี่ยงสูงของภาวะดาวน์ซินโดรม และ 926 รายมีภาวะความเสี่ยงต่ำของภาวะดาวน์ซินโดรม ความชุก (Prevalence) ร้อยละ 0.29 (95%CI 0.06-0.84) ความไว (Sensitivity) ร้อยละ 100 (95%CI 39.76-100) ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 89.56 (95%CI 87.53-91.35) ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรเป็นดาวน์ซิน โดรมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test เป็นบวก (Positive predictive value) ร้อยละ 2.7 (95%CI 2.27-3.21) ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรปกติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test เป็นลบ (Negative predictive value) ร้อยละ 100 (95%CI 99.60-100) ความแม่นยำ (Accuracy) ร้อยละ 89.59 (95%CI 87.56-91.38) ผลบวกลวง (False positive tare) ร้อยละ 10.44 และจำนวนรายของการเจาะน้ำคร่ำที่จะพบทารกดาวน์ 1 ราย (Odds of being affected given a positive result) เท่ากับ 37

## การอภิปรายผล

การตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test สามารถตรวจได้ในสตรีตั้งครรภ์ทุกกลุ่มอายุซึ่งเป็นการตรวจหาสารชีวเคมีในเลือดสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ Alpha fetoprotein (AFP), Unconjugated estriol (uE3), Beta-human chorionic gonadotropin (β-hCG) และ Dimeric inhibin-A มีหน่วยเป็น MoM การสร้างสารชีวเคมีดังกล่าวมีค่าที่แตกต่างกันระหว่างสตรีตั้งครรภ์ที่มีทารกในครรภ์ปกติกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีทารกในครรภ์เป็นดาวน์ซินโดรม จึงเป็นที่มาของการนำค่าสารชีวเคมีที่ตรวจได้มาคำนวนความเสี่ยงที่ทารกในครรภ์จะมีภาวะดาวน์ซินโดรม โดยค่า Cut-off ที่ 1 : 250 ขึ้นไป และพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีทารกในครรภ์เป็นดาวน์ซินโดรมจะมีค่า Beta-human chorionic gonadotropin (β-hCG) และ Dimeric inhibin-A สูงเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีทารกในครรภ์ปกติ[6,7]

โรงพยาบาลปราสาท ได้ทำการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test ตั้งแต่ พ.ศ. 2562 โดยก่อนหน้านี้ได้ส่งที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ แต่ต่อมาได้เปลี่ยนมาส่งตรวจที่งานเวชศาสตร์ชันสูตร ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา เพียงแห่งเดียว เมื่อเดือนพฤษภาคม 2565 การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา เพื่อศึกษาความชุก (Prevalence) ความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรเป็นดาวน์ซินโดรมของสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test เป็นบวก (Positive predictive value) ความน่าจะเป็นที่จะมีบุตรปกติของสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test เป็นลบ (Negative predictive value) ความแม่นยำ (Accuracy) ของการตรวจคัดกรองทารกดาวน์ด้วยวิธี Quadruple test และศึกษาค่าเฉลี่ยจำนวนรายของการเจาะน้ำคร่ำที่จะพบทารกดาวน์ 1 ราย (Odds of being affected given a positive result)

กลุ่มตัวอย่างคือสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลปราสาทและได้รับการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test ทั้งหมด 1,037 ราย โดยเก็บข้อมูล ตั้งแต่เริ่มส่งที่

งานเวชศาสตร์ชันสูตร ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดคลอดบุตรแล้วทำให้ทราบถึงผลของการตั้งครรภ์และการคลอดทั้งหมดรวมถึงกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลการคัดกรองให้ผลบวกแต่ไม่สมัครใจเจาะน้ำคร่ำ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ระหว่างวันที่ 19 พฤษภาคม 2565 ถึง 28 กันยายน 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมานได้แก่ Independent t-test ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีผลการตรวจคัดกรองให้ผลลบจำนวน 926 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.30 และผลการตรวจคัดกรองให้ผลบวก จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.70 โดยได้สมัครใจเจาะน้ำคร่ำจำนวน 107 รายคิดเป็นร้อยละ 96.40 ปฏิเสธการเจาะน้ำคร่ำ 4 ราย โดยใน 107 รายมีผลปกติ ร้อยละ 93.45 และมี 1 รายที่แท้งบุตรจากการเจาะน้ำคร่ำ เพาะเซลล์ไม่ขึ้น 1 ราย ผล Chromosome ผิดปกติชนิดอื่น 3 ราย (47,XXX, mosaic 47, XY+20 และ 46, XX dup (9Xp12p11) และ ผลเป็นดาวน์ซินโดรม 3 ราย ซึ่งทั้ง 3 รายมีผล Chromosome เป็น 47, XY + 21 และยินยอมยุติการตั้งครรภ์ และจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม ยังพบว่ามี High risk trisomy 18 จำนวน 4 ราย High risk NTD 1 ราย ซึ่งทั้ง 5 รายได้รับการเจาะน้ำคร่ำ ผลเป็น 46, XY จำนวน 3 ราย Trisomy 13 จำนวน 1 ราย และ 46, XY +15PS+ 1 ราย เมื่อนำข้อมูลที่ได้มาศึกษา พบว่า ความชุก (Prevalence) ของภาวะดาวน์ซินโดรมเท่ากับ ร้อยละ 0.29 ความไว (Sensitivity) ร้อยละ 100 ค่าความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 89.56 ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบค่า Sensitivity มากกว่าร้อยละ 80 และ Specificity มากกว่าร้อยละ 90 ได้แก่ Chaipong-pan et al.[8] พบค่า Sensitivity ร้อยละ 87.8 ค่า Specificity ร้อยละ 93.2 และการศึกษาของ อรสิริ สิริวิพัธน์[9] พบค่า Sensitivity ร้อยละ 87.50 ค่า Specificity ร้อยละ 91.02

นอกจากนี้ ค่า Negative predictive value ของการศึกษานี้ ร้อยละ 100 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ ธัญรดา เดชอัมพร[10] ซึ่งพบร้อยละ 99.9 ค่า Accuracy ร้อยละ 89.59 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สนทอง ไชยบุญเรือง และคณะ[11] คือร้อยละ 91.6 และจากการศึกษา ผลของการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วย วิธี Quadruple test ในครั้งนี้ พบค่า False positive rate ค่อนข้างสูงคือ ร้อยละ 10.4 ซึ่งเมื่อแยกตามกล่มอายุ พบว่าในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 35 ปีจะต่ำกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุ 35 ปีขึ้นไปคือ ร้อยละ 7.82 เทียบกับ 29.13 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญรดา เดชอัมพร[10] ซึ่งพบ False positive rate สูงในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ ร้อยละ 40.6 ทำให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับการเจาะน้ำคร่ำโดยไม่จำเป็น และจากการศึกษานี้จะพบว่ามีสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องเจาะน้ำคร่ำถึง 37 คน จึงจะพบทารกดาวน์ซินโดรม 1 คน ซึ่งการเจาะน้ำคร่ำเป็นหัตถการที่มีความเสี่ยงในการแท้งบุตรร้อยละ 0.5-1 โดยจาการศึกษานี้พบว่าสตรีตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำ มีภาวะแท้ง 1 รายโดยที่ผล Chromosome ปกติ และมี 1 รายที่เพาะเซลล์ไม่ขึ้น ในการศึกษานี้ มี 1 รายที่ผล Quadruple test ให้ผลลบแต่ High NTD และ อัลตร้าซาวน์แล้วพบทารกมี Severe anomaly จึงได้ทำ Amniocentesis ผลเป็น Trisomy 13 และได้ยุติการตั้งครรภ์

**สรุปผลการศึกษา**

ปัจจุบันสตรีตั้งครรภ์ทุกรายควรได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมทุกรายซึ่งมีหลากหลายวิธีโดยในแต่ละวิธีมีข้อดี ข้อเสีย อัตราการตรวจพบ ผลบวกปลอมแตกต่างกัน และการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test ยังคงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีความไวที่ดี คือร้อยละ 100 และความจำเพาะที่ค่อนข้างสูงที่ ร้อยละ 89.56 และเมื่อเทียบในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี จะสูงกว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ฉะนั้นการใช้ Quadruple test คัดกรองในกลุ่มสตรีที่อายุน้อยกว่า 35 ปีก็ยังได้ผลดี แม้ยังมีค่า False positive rate ที่ยังสูง ส่วนกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุ 35 ปีขึ้นไปหรือกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลคัดกรองให้ผลบวกอาจใช้การตรวจเพิ่มเติม เช่น NIPT[12] ซึ่งเป็น Noninvasive test เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมให้ดีขึ้น ลดการเกิดผลบวกลวงและลดการเจาะน้ำคร่ำโดยไม่จำเป็น

**ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้**

1. ฝึกอบรมบุคลากรทั้งการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจวินิจฉัย รวมถึงการให้คำแนะนำในกรณีที่ผลบวก หรือผลลบปลอม การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีการควบคุมคุณภาพมากขึ้นการให้ข้อมูลต่าง ๆ จะต้องมีความถูกต้องเพื่อให้ได้ผลตรวจที่ถูกต้อง และการอัลตร้าซาวน์ยังมีบทบาทสำคัญในการให้การวินิจฉัยก่อนคลอดในกรณีที่ผล Quadruple test ให้ผลลบ ดังนั้นจึงควรฝึกอบรมการตรวจ Anomaly scan ให้แก่แพทย์ผู้มีหน้าที่ที่ต้องดูแลการฝากครรภ์ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลที่ไม่มีสูติแพทย์ หากต้องใช้ Quadruple test ในการคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม

2. เนื่องจากการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test ยังพบผลบวกปลอมค่อนข้างมาก การใช้ NIPT ซึ่งเป็น Noninvasive test มาช่วยคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจากการตรวจ Quadruple test อาจทำให้ช่วยลดจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ต้องเจาะน้ำคร่ำลงได้ ทำให้ลดความเสี่ยงของการแท้งบุตรจากการเจาะน้ำคร่ำ

3. การประชาสัมพันธ์เรื่องการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ยังมีความสำคัญเนื่องจากทำให้ทราบอายุครรภ์ที่แน่นอน ทำให้การตรวจคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม โดยใช้ Quadruple test มีความแม่นยำ เพราะค่าระดับสารเคมีที่ใช้ในการคำนวนขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ที่ตรวจด้วยและหากผลผิดปกติ ยังสามารถตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด และทราบผลก่อนที่อายุครรภ์จะพ้นระยะที่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้

4. Quadruple test ยังมีข้อจำกัดในสตรีที่ตั้งครรภ์แฝด อาจเลือกการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดหรือเลือกใช้วิธีการตรวจ NIPT ในการตรวจคัดกรองซึ่งอาจยังมีค่าใช่จ่ายที่ค่อนข้างสูง

**ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาโดยมีจำนวนประชากรขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อทำให้ได้ผลการวิจัยที่แม่นยำมากขึ้น เนื่องจาการวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นการดูประวัติ จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาในการจัดเก็บข้อมูลค่อนข้างนาน ในอนาคตควรมีโปรแกรมบันทึกข้อมูลสำเร็จรูปเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและรวดเร็วในการดึงข้อมูลส่วนต่าง ๆ มาใช้ในงานวิจัยได้ทันที

2. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพและความคุ้มทุนเปรียบเทียบระหว่างการตรวจ Quadruple test อย่างเดียวเทียบกับการตรวจ Quadruple test กรณีผลเสี่ยงสูงร่วมกับ NIPT เพื่อลด False positive rate และลดจำนวนการเจาะน้ำคร่ำลง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินงานวิจัย หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม เจ้าหน้าที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก กลุ่มงานเวชระเบียนโรงพยาบาลปราสาทที่ให้ความร่วมมือในการอนุเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยเป็นอย่างดี

## เอกสารอ้างอิง

1. Sherman SL, Allen EG, Bean LH, Freeman SB. Epidemiology of Down syndrome. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2007;13(3):221-7. doi: 10.1002/mrdd.20157.
2. Salomon LJ, Sotiriadis A, Wulff CB, Odibo A, Akolekar R. Risk of miscarriage following amniocentesis or chorionic villus sampling: systematic review of literature and updated meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019 Oct;54(4):442-451. doi: 10.1002/uog.20353.
3. ศักนัน มะโนทัย. การตรวจกรองทางสูติศาสตร์ (Screening in Obstetrics). ใน: เยื้อน ตันนิรันดร, วรพงศ์ ภู่พงศ์, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดีจำกัด; 2551. น. 333-55.
4. Bull MJ. Down Syndrome. N Engl J Med. 2020 Jun 11;382(24):2344-2352. doi: 10.1056/NEJMra1706537.
5. Hook EB. Rates of chromosome abnormalities at different maternal ages. Obstet Gynecol. 1981 Sep;58(3):282-5.
6. Bogart MH, Pandian MR, Jones OW. Abnormal maternal serum chorionic gonadotropin levels in pregnancies with fetal chromosome abnormalities. Prenat Diagn. 1987 Nov;7(9):623-30. doi: 10.1002/pd.1970070904.
7. Wald NJ, Densem JW, George L, Muttukrishna S, Knight PG. Prenatal screening for Down's syndrome using inhibin-A as a serum marker. Prenat Diagn. 1996 Feb;16(2):143-53. doi: 10.1002/(SICI)1097-0223(199602)16:2<143::AID-PD825>3.0.CO;2-F. Erratum in: Prenat Diagn. 1997 Mar;17(3):285-90. doi: 10.1002/(sici)1097-0223(199703)17:3<285::aid-pd71>3.0.co;2-a. PMID: 8650125.

8. Chaipongpun N, Wanapirak C, Sirichotiyakul S, Tongprasert F, Srisupundit K, Luewan S, Traisrisilp K, Jatavan P, Sirilert S, Tongsong T. Performance of Serum Quad Test in Screening for Fetal Down Syndrome in a Large-Scale Unselected Population in a Developing Country. Int J Public Health. 2023 Apr 5;68:1605441. doi: 10.3389/ijph.2023.1605441.
9. อรสิริ สิริวิพัธน์. ผลลัพธ์การตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ด้วย Quadruple test ในโรงพยาบาลพัทลุง. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2566;37(2):34-46.
10. ธัญรดา เดชอัมพร. ผลการตรวจคัดกรองดาวน์ซินโดรมด้วยวิธี Quadruple test ในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2567; 7(2):108-16.
11. สนทอง ไชยบุญเรือง, มัทนี ชีวเสถียรชัย, พัชราภรณ์ ผานิช, สุธาสินี พลยิ่ง, ธิปก กงวงษ์. ประสิทธิภาพของวิธี Quadruple test ในการตรวจคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2567; 16(3):221-35.
12. Gil MM, Accurti V, Santacruz B, Plana MN, Nicolaides KH. Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for aneuploidies: updated meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017 Sep;50(3):302-314. doi: 10.1002/uog.17484. Epub 2017 Jul 27. Update in: Ultrasound Obstet Gynecol. 2019 Jun;53(6):734-742. doi: 10.1002/uog.20284.

# คำแนะนำในการจัดเตรียมต้นฉบับ (Author's Guidelines) เพื่อส่งบทความลงตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

**(ปรับปรุง 5 กุมภาพันธ์ 2568)**

วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 เป็น**วารสารในระบบการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index)** โดยได้รับการประเมินให้อยู่ใน **TCI Tier 2** ระหว่าง**วันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง 31 ธันวาคม 2572** วารสารฯ เผยแพร่งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ **ทุกบทความจะได้รับการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่ตรงกับบทความ อย่างน้อย 2-3 ท่าน** เพื่อให้การนำเสนอบทความวิชาการในวารสารเป็นไปในทิศทางเดียวกัน วารสารฯ จึงได้กำหนดขั้นตอนและรูปแบบของการส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารดังนี้

**ประเภทของบทความ**

วารสารฯ รับบทความ 2 ประเภท ได้แก่ บทความวิจัย และบทความวิชาการ

**บทความวิจัย (Research Article)** หรือนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) คือบทความที่รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัยอย่างเป็นระบบและถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย หากเป็นงานวิจัยที่มีการศึกษาและดำเนินการในมนุษย์ ควรต้องผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Research Ethical Committee: EC หรือ Institutional Review Board: IRB) จากสถาบันที่มีมาตรฐาน

บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 15 หน้า ***บทความวิจัยต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน*** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

**บทความทบทวน หรือบทความวิชาการ (Review/Academic Article)** เป็นบทความจากการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่มีความสำคัญ มีส่วนเพิ่มเติมจากองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิม เป็นประเด็นค้นพบใหม่ มีการถ่ายทอดประสบการณ์ หรือมีนวัตกรรมที่น่าสนใจ บทความวิจัยควรพิมพ์ในโปรแกรม MS Word (ไม่รับบทความที่เป็นรูปแบบ PDF) ตั้งระยะขอบทั้ง 4 ด้าน 1 นิ้ว (2.54 ซม.) พิมพ์ไม่เว้นบรรทัด ใช้ตัวอักษร Th Sarabun PSK ขนาด Font ตามที่แนะนำในแบบฟอร์ม (หน้าถัดไป) เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 20 รายการ และบทความโดยรวมมีความยาวไม่เกิน 12 หน้า ***บทความทบทวนและบทความวิชาการต้องเข้าสู่กระบวนการประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-Reviewers) อย่างน้อย 3 ท่านก่อน*** จึงจะสามารถตีพิมพ์ในวารสารได้

Th Sarabun PSK Bold Font 18

**ชื่อบทความภาษาไทย**

Th Sarabun PSKBold Font 16

**ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-1*, ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-2**, ชื่อผู้เขียนภาษาไทย-3*****

Th Sarabun PSK Bold Font 16

**บทคัดย่อ**

Th Sarabun PSK Normal Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ)

Th Sarabun PSK Bold Font 16

Th Sarabun PSK Normal Font 16

**คำสำคัญ :** คำสำคัญ-1; คำสำคัญ-2; คำสำคัญ-3 (คำสำคัญควรมีอย่างน้อย 3 คำ และไม่เกิน 5 คำ)

Th Sarabun PSK Normal Font 14

* ข้อมูลผู้เขียน-1 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email
** ข้อมูลผู้เขียน-2 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email
*** ข้อมูลผู้เขียน-3 เช่น ตำแหน่ง สถานที่ทำงาน ฯลฯ ที่ต้องการให้แสดงในบทความ และ Email

Th Sarabun PSK Bold Font 18

**ชื่อบทความภาษาอังกฤษ**

Th Sarabun PSK Bold Font 16

**ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-1*, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-2**, ชื่อผู้เขียนภาษาอังกฤษ-3*****

Th Sarabun PSK Bold Font 16

**Abstract**

Th Sarabun PSK Normal Font 16

เนื้อหาในบทคัดย่อ (มีจำนวนคำไม่เกิน 300 คำ)

Th Sarabun PSK Bold Font 16

Th Sarabun PSK Normal Font 16

**Keywords :** Keyword-1; Keyword -2; Keyword -3 (Keywords should be between 3-5 words)

Th Sarabun PSKNormal Font 14

* Author-1's Profile
** Author-2's Profile
*** Author-3's Profile

**หากไม่แน่ใจข้อมูลภาษาอังกฤษในส่วนนี้ สามารถเว้นได้**

# ส่วนประกอบของเนื้อหาในบทความวิจัย

## ชื่อเรื่องภาษาไทย

**ชื่อผู้แต่งภาษาไทย**

**บทคัดย่อ**

**คำสำคัญ**

## ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ**

Abstract

Keywords

(หัวข้อพิมพ์ด้วย Th Sarabun PSK Bold Font16; เนื้อความพิมพ์ด้วย Th Sarabun PSK Normal Font16)

**บทนำ**

- **ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา**
- **กรอบแนวคิดการวิจัย**
- **วัตถุประสงค์การวิจัย**
- **คำถามการวิจัย (ถ้ามี)**
- **สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)**

**วิธีดำเนินการวิจัย**

- **รูปแบบการวิจัย**
- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**
- **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**
- **การวิเคราะห์ข้อมูล**
- **การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร**

**ผลการวิจัย** (นำเสนอเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย) หากนำเสนอด้วยตาราง/แผนภูมิ ต้องมีข้อความบรรยายเพื่ออธิบายตาราง/แผนภูมิด้วย)

**การอภิปรายผล**(อภิปรายเป็นประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัยและผลการวิจัย)

- **ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ** (ระบุเป็นข้อ)
- **ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย** (ระบุเป็นข้อ)

**กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)**

**เอกสารอ้างอิง** (รูปแบบ Vancouver Style เอกสารอ้างอิงอย่างน้อย 10 รายการ ไม่เกิน 20 รายการ)

# ส่วนประกอบของเนื้อหาในบทความวิชาการ หรือบทความทบทวน

## ชื่อเรื่องภาษาไทย

**ชื่อผู้แต่งภาษาไทย**

**บทคัดย่อ**

**คำสำคัญ**

## ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ

**ชื่อผู้แต่งภาษาอังกฤษ**

Abstract

Keywords

(หัวข้อพิมพ์ด้วย Th Sarabun PSK Bold Font 16; เนื้อความพิมพ์ด้วย Th Sarabun PSK Normal Font 16)

**บทความวิชาการ/ทบทวนไม่มีรูปแบบที่ตายตัว แต่บทความต้องนำเสนอประเด็นใหม่ ที่ไม่เคยมีการนำเสนอในที่ใดมาก่อน บทความวิชาการ/ทบทวน ไม่ใช่การทบทวนวรรณกรรม แต่ต้องนำเสนอแนวคิด การวิพากษ์ หรือการวิจารณ์ของผู้เขียน โดยอ้างอิงหลักทฤษฎี เอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

**หัวข้อแนะนำของบทความวิชาการ/ทบทวน**

**ความเป็นมาและความสำคัญของประเด็นและแนวคิดที่นำเสนอ**
**การศึกษาเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้อง**
**ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 1 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)**
**ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 2 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)**
**ประเด็นนำเสนอประเด็นที่ 3 (มีความชัดเจน ถูกต้อง และเหมาะสม)**
**การอภิปรายหรือการวิพากษ์ (ตามความเหมาะสม)**
**การนำประเด็นที่นำเสนอไปใช้ในการปฏิบัติ/การวิจัย (ตามความเหมาะสม)**
**สรุป**

**กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)**

**เอกสารอ้างอิง** (รูปแบบ Vancouver Style เอกสารอ้างอิงอย่างน้อย 10 รายการ ไม่เกิน 20 รายการ)

# หลักการอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Citation Style)[1]

การอ้างอิงตามระบบแวนคูเวอร์มี 2 แบบ คือการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงท้ายเล่ม

**การอ้างอิงที่แทรกในเนื้อหา**

1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปท้ายข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างก่อนหลัง เป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร โดยให้อยู่ในวงเล็บและใช้ “ตัวยก” ตัวอย่างเช่น [(1)]

2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของรายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย

3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง

4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 ฉบับต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายยติภังค์ (hyphen หรือ -) เชื่อมระหว่างฉบับแรกถึงฉบับสุดท้าย เช่น [(1-3)] แต่ถ้าอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (comma หรือ ,) โดยไม่มีการเว้นช่วงตัวอักษร เช่น [(4,6,10)]

**การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่ม**

การอ้างอิงที่อยู่ท้ายเล่มหรือที่เรียกว่า “เอกสารอ้างอิง”

1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในวงเล็บที่ได้อ้างถึงในเนื้อหาของปริญญานิพนธ์ โดยไม่ต้องแยกภาษาและประเภทของเอกสารอ้างอิง

2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย ถ้ารายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัด ให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยไม่ต้องย่อหน้า ลักษณะการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามชนิดของเอกสารที่นำมาอ้างอิง ดังนี้

****หมายเหตุ:** เครื่องหมาย / ต่อไปนี้ แทนการเว้นวรรค 1 ระยะ

**บทความวารสาร**

| |
|---|
| หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่ง./ชื่อบทความ./ชื่อย่อของวารสารต่างประเทศ(ถ้าเป็นวารสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อเต็ม)/ปีที่ตีพิมพ์;เล่มที่พิมพ์(ฉบับที่พิมพ์):หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. |

***ตัวอย่าง***

1. พิเชฐ สัมปทานุกูล, นิพนธ์ อุดมสันติสุข, รสสุคนธ์ ศรีพัฒนาวัฒน์. วิธีการเพาะเชื้อแบบง่ายเพื่อวินิจฉัยโรคติดเชื้อไมโครแบคทีเรียของต่อมน้ำเหลืองในการเจาะดูดด้วยเข็มขนาดเล็กทางเซลล์วิทยา; การประเมินคุณค่าและการใช้งาน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2539;40(5):383-91.

[1] ทิพวรรณ สุขรวย. การเขียนเอกสารอ้างอิงทางวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) [อินเตอร์เน็ต] 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2563 สิงหาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ams.cmu.ac.th/lib/administrator/paper/Vancouver%20citation3.pdf

2. Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression during mouse development. Invest Ophthalmol Vis Sci 1994;35:1083-8.

**หนังสือ**

| |
|---|
| หมายเลขรายการอ้างอิง./ชื่อผู้แต่งหรือบรรณาธิการ./ชื่อหนังสือ./ครั้งที่พิมพ์./สถานที่พิมพ์:/สำนักพิมพ์;/ปีที่พิมพ์. |

***ตัวอย่าง***

3. พนิชา อิ่มสมบูรณ์, บรรณาธิการ. ไมเกรน รักษาได้โดยไม่ใช้ยา. กรุงเทพฯ: เนชั่นบุ๊คส์; 2556.
4. Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

**วิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์หรือสารนิพนธ์**

การอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์ต้องระบุคำว่า **[dissertation]** หรือ **[วิทยานิพนธ์หรือปริญญานิพนธ์หรือสารนิพนธ์ ชื่อย่อของปริญญา สาขาวิชา]** ในวงเล็บใหญ่

***ตัวอย่าง***

5. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาเคมีชีวภาพ]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
6. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [Dissertation Ph.D. Medicine]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

**เอกสารอิเล็กทรอนิกส์**

การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ผู้เขียนต้องพิมพ์วัน เดือน ปี ที่เปิดดูข้อมูลดังกล่าวด้วย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวอาจมีการปรับปรุง หรือลบออกจากแฟ้มข้อมูลได้ การเขียนอ้างอิงให้เขียนดังนี้

7. อุษณีย์ อนุกูล. Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus ที่สัมพันธ์กับชุมชนและปศุสัตว์: ภัยเงียบของการสาธารณสุขไทย. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2557 มกราคม 23];46(3):[หน้า 187-206]. เข้าถึงได้จาก: http://www.ams.cmu.ac.th/journal/images/stories/journal/201309vol3/20130901.pdf
8. LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F. The death of biomedical journals. BMJ [serial online]. 1995[cited 2000 Aug 5];310:1387-90. Available from: http://www.bmj.com/bmj/archive/6991ed2.html

## การพิจารณาบทความเพื่อลงตีพิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9

มีขั้นตอนดังนี้

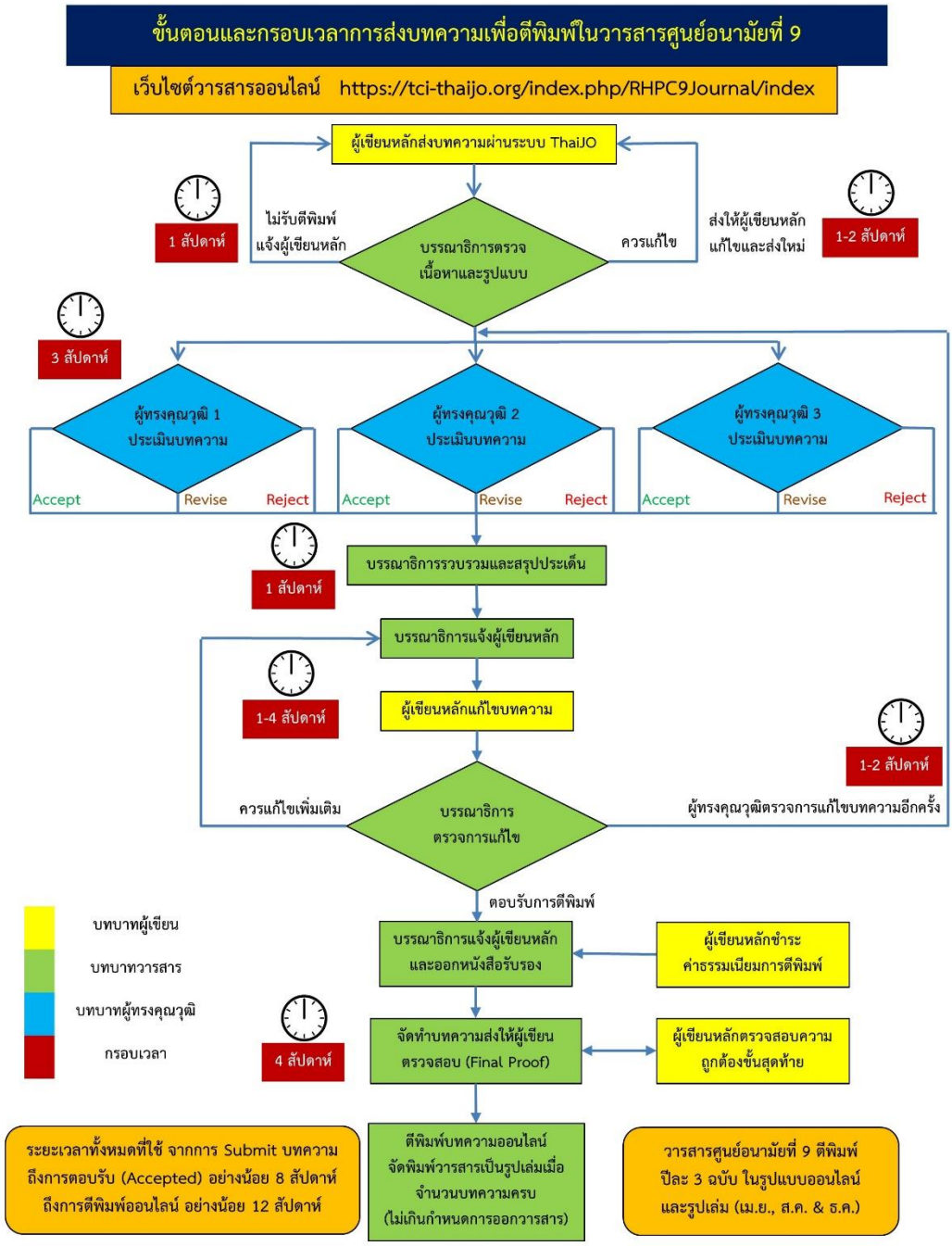
| ลำดับ | กิจกรรม | ผู้ดำเนินการ | ระยะเวลา |
|---|---|---|---|
| 1 | ผู้เขียนเตรียมต้นฉบับตามรูปแบบที่วารสารกำหนด | ผู้เขียน | N/A |
| 2 | ผู้เขียนส่งผ่านระบบ Thai Journal Online (ThaiJO) ในเว็บไซต์วารสาร https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal<br>1) บทความ (รูปแบบ MS Word เท่านั้น)<br>2) หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 (สามารถใช้แบบฟอร์มและลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์ได้)<br>3) สแกนหนังสือรับรองของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (กรณีบทความวิจัย) | ผู้เขียน | N/A |
| 3 | บรรณาธิการตรวจเนื้อหาว่ามีคุณภาพและรูปแบบว่าถูกต้องหรือไม่ หากผ่านการประเมินเบื้องต้น บรรณาธิการตอบรับและนำบทความเข้าสู่กระบวนการประเมิน หากไม่ผ่าน บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนให้มีการปรับปรุง หรือปฏิเสธการรับพิจารณาหากบทความมีคุณภาพต่ำมาก หรือไม่ตรงประเด็นการเผยแพร่ของวารสารฯ | บรรณาธิการ | 1 สัปดาห์ |
| 4 | บรรณาธิการส่งบทความที่ผ่านการประเมินในเบื้องต้นและนำข้อมูลทั้งหมดของผู้เขียนออกจากบทความแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer-reviewers) ประเมินและให้คำแนะนำในการปรับปรุงบทความอย่างน้อยบทความละ 2-3 ท่าน ผ่านระบบ ThaiJO โดยใช้กระบวนการประเมิน**แบบปกปิดทั้งสองฝั่ง (Double-Blinded Review)** | บรรณาธิการ<br>ผู้ทรงคุณวุฒิ | 3 สัปดาห์ |
| 5 | บรรณาธิการรับคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับ ตรวจสอบคำแนะนำ และสรุปประเด็นที่ต้องแก้ไข | บรรณาธิการ | 1 สัปดาห์ |
| 6 | บรรณาธิการส่งคำแนะนำในการปรับปรุงต้นฉบับให้ผู้เขียนผ่านระบบ ThaiJO โดยให้เวลาในการแก้ไข/ปรับปรุงคุณภาพงานเขียน 1-4 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณงานที่ต้องแก้ไข | บรรณาธิการ<br>ผู้เขียน | 1-4 สัปดาห์ |
| 7 | ผู้เขียนส่งงานที่แก้ไขแล้วกลับมาที่วารสารฯ ผ่านระบบ ThaiJO | ผู้เขียน | |

N/A = Not Applicable

| ลำดับ | กิจกรรม | ผู้ดำเนินการ | ระยะเวลา |
|---|---|---|---|
| 8 | บรรณาธิการตรวจสอบการแก้ไขเบื้องต้นเปรียบเทียบกับคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยดำเนินการต่อใน 3 รูปแบบขึ้นอยู่กับคุณภาพการแก้ไข และคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้ | บรรณาธิการ | 1 สัปดาห์ |
| 8.1 | บรรณาธิการตอบรับการตีพิมพ์บทความ<br>กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิมอบหมายให้บรรณาธิการพิจารณาต่อและบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นแล้ว (ไปลำดับที่ 9) | บรรณาธิการ | N/A |
| 8.2 | บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินอีกครั้ง<br>กรณี-ผู้ทรงคุณวุฒิขอประเมินบทความซ้ำอีกครั้งและบรรณาธิการตรวจสอบแล้วว่าบทความมีการปรับแก้ครบทุกประเด็นตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำมาแล้ว | บรรณาธิการ | 1-2 สัปดาห์ |
| | ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความที่ได้รับการแก้ไขและส่งผลการประเมินมาที่บรรณาธิการเพื่อดำเนินการต่อไป | ผู้ทรงคุณวุฒิ | |
| 8.3 | บรรณาธิการส่งบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเพิ่มเติม<br>กรณี-ผู้เขียนแก้ไขบทความไม่ครบถ้วนตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำหรือบรรณาธิการพิจารณาแล้วเห็นว่าควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมเพื่อให้คุณภาพของบทความดียิ่งขึ้น | บรรณาธิการ | 1-2 สัปดาห์ |
| | ผู้เขียนแก้ไขบทความตามคำแนะนำ | ผู้เขียน | |
| 9 | ผู้เขียนโอนค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความในวารสารจำนวน 3,500 บาท สำหรับบทความภาษาไทย มาที่บัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ธนาคารกรุงไทย สาขานครราชสีมา เลขที่บัญชี 301-0-04317-1 และส่งแบบแจ้งการชำระเงินค่าธรรมเนียมตีพิมพ์บทความและสำเนาสลิปการโอนเงินทาง Email ของบรรณาธิการ | ผู้เขียน | N/A |
| 10 | ฝ่ายจัดการของวารสารฯ ออกหนังสือตอบรับการตีพิมพ์บทความ วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 และใบเสร็จรับเงิน จัดส่งให้ผู้เขียนตามที่อยู่ที่ผู้เขียนให้ไว้ | ฝ่ายจัดการ | 1 สัปดาห์ |
| 11 | ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรจัดทำต้นฉบับให้บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง | ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ | 4 สัปดาห์ |
| 12 | บรรณาธิการส่งบทความฉบับพร้อมตีพิมพ์ให้ผู้เขียนตรวจสอบเป็นครั้งสุดท้ายก่อนตีพิมพ์ออนไลน์ | บรรณาธิการและผู้เขียน | 1-2 วัน |

| ลำดับ | กิจกรรม | ผู้ดำเนินการ | ระยะเวลา |
|---|---|---|---|
| 13 | บรรณาธิการตีพิมพ์บทความออนไลน์ที่เว็บไซต์ของวารสาร และแจ้งให้ผู้เขียนทราบ | บรรณาธิการ | 1 สัปดาห์ |
| 14 | ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษรรวบรวมบทความที่ตีพิมพ์ในฉบับที่มีกำหนดออกวารสารเป็นรูปเล่ม ส่งให้บรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้องและเขียนบทบรรณาธิการ ในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับกำหนดออกวารสาร ดังนี้<br>- ฉบับเดือน ม.ค.-เม.ย. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน มี.ค.<br>- ฉบับเดือน พ.ค.-ส.ค. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน ก.ค.<br>- ฉบับเดือน ก.ย.-ธ.ค. ดำเนินการไม่เกินปลายเดือน พ.ย. | ฝ่ายออกแบบและพิสูจน์อักษร และบรรณาธิการ | 1 สัปดาห์ |
| 15 | จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่ม | โรงพิมพ์ | 2 สัปดาห์ |
| 16 | ฝ่ายจัดการจัดส่งวารสารที่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้ผู้เขียน | ฝ่ายจัดการ | 2 สัปดาห์ |

*บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9*
*เป็นความคิดเห็นของผู้เขียน*
*บรรณาธิการ คณะผู้จัดทำ และศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา*
*ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย*
*ผู้เขียนมีความรับผิดชอบต่อบทความของตนเอง*
*กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจแก้ไขข้อความ*
*ให้ถูกต้องตามหลักภาษาและมีความเหมาะสม*


ขั้นตอนและกรอบเวลาการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9
เว็บไซต์วารสารออนไลน์ https://tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index
ผู้เขียนหลักส่งบทความผ่านระบบ ThaiJO
1 สัปดาห์
ไม่รับตีพิมพ์ แจ้งผู้เขียนหลัก
บรรณาธิการตรวจ เนื้อหาและรูปแบบ
ควรแก้ไข
ส่งให้ผู้เขียนหลัก แก้ไขและส่งใหม่
1-2 สัปดาห์
3 สัปดาห์
ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ประเมินบทความ
ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ประเมินบทความ
ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ประเมินบทความ
Accept
Revise
Reject
1 สัปดาห์
บรรณาธิการรวบรวมและสรุปประเด็น
บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนหลัก
1-4 สัปดาห์
ผู้เขียนหลักแก้ไขบทความ
1-2 สัปดาห์
ควรแก้ไขเพิ่มเติม
บรรณาธิการ ตรวจการแก้ไข
ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจการแก้ไขบทความอีกครั้ง
ตอบรับการตีพิมพ์
บทบาทผู้เขียน
บทบาทวารสาร
บทบาทผู้ทรงคุณวุฒิ
กรอบเวลา
บรรณาธิการแจ้งผู้เขียนหลัก และออกหนังสือรับรอง
ผู้เขียนหลักชำระ ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์
4 สัปดาห์
จัดทำบทความส่งให้ผู้เขียน ตรวจสอบ (Final Proof)
ผู้เขียนหลักตรวจสอบความ ถูกต้องขั้นสุดท้าย
ระยะเวลาทั้งหมดที่ใช้ จากการ Submit บทความ ถึงการตอบรับ (Accepted) อย่างน้อย 8 สัปดาห์ ถึงการตีพิมพ์ออนไลน์ อย่างน้อย 12 สัปดาห์
ตีพิมพ์บทความออนไลน์ จัดพิมพ์วารสารเป็นรูปเล่มเมื่อ จำนวนบทความครบ (ไม่เกินกำหนดการออกวารสาร)
วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ตีพิมพ์ ปีละ 3 ฉบับ ในรูปแบบออนไลน์ และรูปเล่ม (เม.ย., ส.ค. & ธ.ค.)

**หนังสือรับรองการส่งบทความเพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....

มีความประสงค์ส่งบทความวิจัย/วิชาการเรื่อง.....

.....

เผยแพร่ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 โดยมีรายชื่อและ Email ติดต่อของผู้เขียนทุกคน ดังนี้

1. ชื่อ-นามสกุล .....Email .....
2. ชื่อ-นามสกุล .....Email .....
3. ชื่อ-นามสกุล .....Email .....
4. ชื่อ-นามสกุล .....Email .....
5. ชื่อ-นามสกุล .....Email .....

(สามารถใส่รายชื่อเพิ่มเติมจนครบทุกคน)

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้ส่งต้นฉบับผลงาน (บทความในรูปแบบ Microsoft Word) ในระบบ ThaiJO ทางเว็บไซต์ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/index เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บทความได้รับการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) จำนวน

..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า บทความนี้ **ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ** และยินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และบทความละ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)

.....

(.....)

ผู้ส่งบทความ (ผู้นิพนธ์หลัก)

...../...../.....

**หมายเหตุ** สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com

**ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่**

https://docs.google.com/document/d/1tPIJghGkSgOQaLr_E4W7WlCeR0l7-Lem/edit?usp=sharing&ouid=105233580674827740242&rtpof=true&sd=true

**หนังสือรับรองการส่งบทความจากวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ หรือการศึกษาอิสระ**
**เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน บรรณาธิการวารสารศูนย์อนามัยที่ 9

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล อาจารย์ที่ปรึกษา).....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail.....

ขอรับรองว่าได้ตรวจสอบบทความจากวิทยานิพนธ์/สารนิพนธ์/การศึกษาอิสระ เรื่อง.....

.....

.....

.....

โดย (ชื่อ-สกุลนักศึกษา).....

สาขาวิชา.....มหาวิทยาลัย.....

ที่อยู่ในการติดต่อ.....

.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์/มือถือ.....E-mail.....

แล้วว่าถูกต้องตามหลักวิชาการ และบทความนี้**ไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ หรือเคยตีพิมพ์เผยแพร่ใดๆ** และนักศึกษายินดีปรับแก้บทความที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะตามเวลาที่กำหนด และข้าพเจ้ารับทราบว่าการตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 9 มีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์จำนวนบทความละ 3,500 บาทสำหรับบทความภาษาไทย และ 5,000 บาทสำหรับบทความภาษาอังกฤษ (โดยโอนเข้าบัญชี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา หมายเลขบัญชี 301-0-04317-1 เมื่อบทความได้รับการแก้ไขและตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารแล้ว)

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้บทความได้รับการทบทวนจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Reviewer) จำนวน

..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน ..... ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

.....  .....

(.....)  (.....)

นักศึกษา  อาจารย์ที่ปรึกษา

...../...../.....  ...../...../.....

**หมายเหตุ** สแกนหรือถ่ายรูปหนังสือรับรอง ส่งเป็นไฟล์แนบมาพร้อมต้นฉบับผลงาน หรือส่งให้บรรณาธิการวารสาร ดร.สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ทาง Email : DoctorSinsakchon@gmail.com

**ดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่**

https://docs.google.com/document/d/1tPlJghGkSgOQaLr_E4W7WlCeR0l7-Lem/edit?usp=sharing&ouid=105233580674827740242&rtpof=true&sd=true